Т. П. Пушкина

Медицинская психология

Новосибирский государственный университет
Научно-учебный центр психологии

ББК Ю948

Печатается по постановлению редакционно-издательского совета Новосибирского государственного университета

Ответственный редактор: П. Е. Рыженков

Медицинская психология. – (Методические указания). /Автор-составитель Т. П. Пушкина. – Новосибирск: Научно-учебный центр психологии НГУ, 1996.
Пособие адресовано слушателям спецфакультетов психологии, психотерапевтам, психологам-консультантам.

Оглавление

I. Общие представления о медицинской психологии

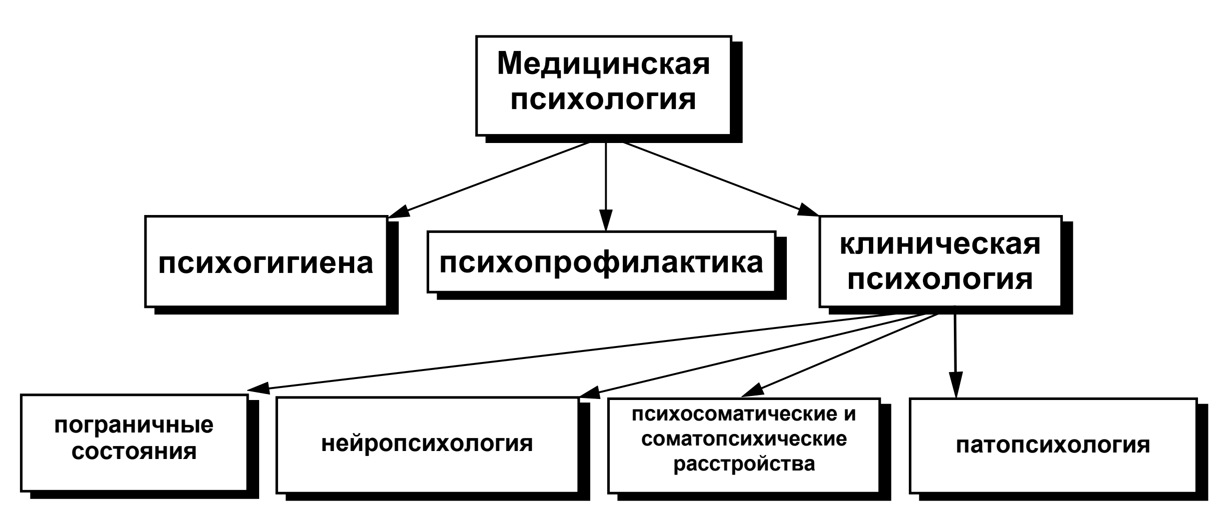
ПОДХОДЫ К СОДЕРЖАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

При изучении медицинской психологии возникают определенные трудности, которые вызваны отсутствием общих представлений о клинике заболеваний, целостности образа психики больного. В учебных пособиях существует известная терминологическая размытость и путаница в определении медицинской психологии.

Содержание медицинской психологии, ее место, объем до сих пор по-разному понимаются специалистами. Общим является то, что медицинская психология рассматривает область, пограничную между медициной и психологией. При этом она изучает проблемы медицины в психологическом аспекте и методами психологии.

В большинстве стран распространено понятие клинической психологии, а не медицинской. В клиническую психологию в США включаются психотерапия, психодиагностика, консультативная психология, психогигиена и реабилитация, некоторые разделы дефектологии, психосоматика. В Польше медицинская психология также понимается достаточно широко, в число ее задач включаются диагностика, клинико-восстановительная деятельность, реабилитация инвалидов, психотерапия, психокоррекция, контроль эффективности психокоррекции и психотерапии.

В нашей стране К. К. Платонов рассматривал клиническую психологию как часть медицинской психологии. Клиническая психология, по его мнению, имеет прикладное значение, отвечая потребностям клиники: психиатрической, неврологической, соматической. В медицинскую психологию Платонов включил помимо клинической психологии психогигиену.



ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

По направленности психологических исследований (на выявление общих закономерностей либо на особенности конкретного больного) можно выделить **общую** и **частную** медицинскую психологию.

Общая медицинская психология изучает общие вопросы и включает в себя следующие разделы:

1. Основные закономерности психологии больного человека (критерии нормальной, временно измененной и болезненной психики), психологии врача (медицинского работника), психологии повседневного общения больного и врача, психологической атмосферы лечебно-профилактических учреждений.
2. Психосоматические и соматопсихические взаимовлияния.
3. Индивидуальность (темперамент, характер, личность), эволюцию и этапы ее постнатального онтогенеза (включая детство, отрочество, юность, зрелость и поздний возраст), аффективно-волевые процессы.
4. Медицинскую деонтологию, включающую вопросы врачебного долга, этики, врачебной тайны.
5. Психогигиену (психологию медицинских советов и консультаций, психологию семьи, психогигиену лиц в кризисные периоды их жизни (пубертатный, климактерический). Психологию брака и половой жизни. Психогигиеническое обучение, психотренинг взаимоотношений врача и больного.
6. Общую психотерапию.

Частная медицинская психология изучает конкретного больного, а именно:

1) особенности психических процессов у психических больных;
2) психику больных на этапах подготовки, выполнения хирургических вмешательств и в послеоперационный период;
3) особенности психики больных, страдающих различными заболевани-ями (сердечно-сосудистыми, инфекционными, онкологическими, гинекологическими, кожными и т.д.);
4) психику больных с дефектами органов и систем (слепота, глухота и т.п.);
5) особенности психики больных при проведении трудовой, военной и судебной экспертизы;
6) психику больных алкоголизмом и наркоманией;
7) частную психотерапию.

Можно выделить конкретные клиники, где находят практическое применение знания соответствующих разделов медицинской психологии: в психиатрической клинике – **патопсихология**; в неврологической – **нейропсихология**; в соматической – **психосоматика**.

Патопсихология изучает, по определению Б. В. Зейгарник, структуру нарушений психической деятельности, закономерности распада психики в их сопоставлении с нормой. При этом патопсихология использует психологические методы, оперирует понятиями современной психологии. Патопсихология может рассматривать задачи как общей медицинской психологии (когда изучаются закономерности распада психики, изменения личности психических больных), так и частной (когда исследуются нарушения психики конкретного больного для уточнения диагноза, проведения трудовой, судебной или военной экспертизы).

Близка к патопсихологии **нейропсихология**, объектом изучения которой служат заболевания ЦНС (центральной нервной системы), преимущественно локально-очаговые поражения головного мозга.

Психосоматика изучает влияние психики на возникновение соматических проявлений.

Из всего объема медицинской психологии в данном пособии основное внимание будет уделено **патопсихологии.** Патопсихологию следует отличать от психопатологии. Последняя является частью психиатрии и изучает симптомы психического заболевания клиническими методами, используя медицинские понятия: диагноз, этиология, патогенез, симптом, синдром и др. Основной метод психопатологии – клинико-описательный.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ С ДРУГИМИ НАУКАМИ

На развитие медицинской психологии оказывают существенное влияние следующие медицинские дисциплины: психиатрия, неврология, нейрохирургия, психотерапия, терапия. Это влияние взаимообразно. Близка медицинская психология и к ряду других психологических и педагогических наук – экспериментальной психологии, трудотерапии, олигофрено-педагогике, тифлопсихологии, сурдопсихологии и др.

Медицинская психология оказывает значительное влияние на развитие общетеоретических вопросов психологии:

- ♦ соотношение социального и биологического в развитии психики,
- ♦ анализ компонентов, входящих в состав психических процессов,
- ♦ развитие и распад психики,
- ♦ роль личностного компонента в структуре различных форм психической деятельности.

Медицинская психология использует знания педагогики, социологии, философии и т.д. Необходимость комплексного подхода пронизывает всю работу медицинского психолога.

Литература

1. Банщиков В. М., Гуськов В. С., Мягков И. Ф. Медицинская психология. – М., 1967.
2. Зейгарник Б. В. Патопсихология. – М., 1976.
3. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. – Л., 1982.
4. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. – Прага, 1983.

II. Патопсихология

Основное внимание в предлагаемом пособии уделяется патопсихологии, так как эта область медицинской психологии является неотъемлемой частью диагностики и экспертизы в психиатрических и соматических клиниках. Во 2-й главе описаны нарушения различных психических процессов (памяти, внимания, мышления, речи, восприятия), а также предложено несколько психологических методов для исследования этих нарушений. В 3-й главе описаны наиболее распространенные психические заболевания, в диагностике которых в психиатрической клинике участвует патопсихолог.

Одна часть в описании болезни представляет собой клинико-описательный метод, используемый психиатрами. Акцентируется внимание на терминах, используемых психиатрами. Об этой терминологии психолог должен быть осведомлен, однако при этом в своих заключениях должен использовать методы и язык психологии. Последнее находит отражение в другой части описания заболевания. Там описываются нарушения, характерные для определенного заболевания, выявляемые с помощью специально подобранных тестов.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Патопсихологические исследования нарушенной психики проводились вначале только в психиатрических клиниках. Для выделения критериев нормы и патологии изучались параллельно особенности психики здоровых людей. С точки зрения психосоматической медицины, определенные личностные особенности человека лежат в основе ряда соматических заболеваний. Тогда патопсихологическое исследование особенностей психики необходимо проводить и в соматических клиниках с целью дальнейшей психокоррекции личности и профилактики соматических заболеваний.

Патопсихологическое исследование включает в себя следующие компоненты:

- беседу с больным;
- эксперимент (тестирование);
- изучение истории болезни;
- наблюдение за поведением во время исследования;
- анализ полученных результатов;
- оформление заключения.

Патопсихологические экспериментальные задания подбираются для решения практических задач клиники. В основном исследуются нарушения развития личности и нарушения психических процессов:

- ♦ расстройства восприятия;
- ♦ расстройства внимания;
- ♦ расстройства памяти;
- ♦ расстройства мышления;
- ♦ расстройства умственной работоспособности.

НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

Существует множество определений личности. В зависимости от того, какого определения личности придерживается психолог, будет строиться патопсихологический эксперимент, подбираться определенные тесты.

Для исследования нарушений личности психологу необходимо четко представлять, что нужно исследовать в конкретном случае: мотивы, установки, интересы, ценности, конфликты, интерперсональные связи и т.д.

Б. В. Зейгарник, описывая нарушения личности, акцентирует внимание на наиболее разработанных в отечественной психологии теоретических понятиях, основанных на деятельностном системном анализе. При

этом деятельность исследуется через анализ изменения мотивов. Специально проведенные исследования деятельности больных с патологией психики выявили нарушение структуры иерархии мотивов. При различных психических заболеваниях отмечаются отклонения в формировании адекватного уровня притязаний в сравнении с нормой, формируются различные патологические потребности и мотивы, нарушается смыслообразование, возможность саморегуляции и опосредования поведения, критичность и спонтанность поведения.

М. С. Лебединский, В. Н. Мясищев рассматривают связь многих болезней, их возникновение и течение с личностью больного. Они выделяют распад, деградацию личности в результате органического поражения головного мозга; патологическое развитие личности (психопатии); патологические реакции и развитие в форме неврозов. Эндогенные заболевания (МДП и шизофрения) генетически детерминированы, однако особенности личности нередко являются одним из условий развития психоза. В динамике шизофрении, эпилепсии и органических заболеваний наступают изменения личности, характерные для данного заболевания.

Б. Д. Карвасарский выделяет следующие основные задачи исследования личности:

1. Изучение роли личности в происхождении нервно-психических и соматических болезней.
2. Определение значения личностного фактора в патогенезе болезней и формировании клинических картин.
3. Выявление особенностей изменения личности при разных заболеваниях.
4. Разработка эффективных личностно ориентированных методов психопрофилактики, психотерапии и реабилитации.

Выделяют два основных метода исследования личности – клинический и лабораторный. Первый основан на наблюдении за больным и беседах с ним, второй предполагает использование разнообразных тестов.

Изучение истории жизни человека происходит с помощью "анамнестического", или биографического, метода. Необходимо собрать сведения о больном не только с его слов, но и со слов его близких. Многое узнать о личности больного можно из реальных взаимодействий во время групповой психотерапии.

Наиболее распространенные тесты для исследования личности

1. **Метод исследования уровня притязаний**. Методика используется для исследования личностной сферы больных. Больному предлагают ряд задач, пронумерованных по степени сложности. Испытуемый сам выбирает посильную для себя задачу. Экспериментатор искусственно создает ситуации успеха-неуспеха для больного, при этом анализирует его реакцию в этих ситуациях. Для исследования уровней притязаний можно использовать кубики Кооса.
2. **Метод Дембо-Рубинштейн**. Используется для исследования самооценки. Испытуемый на вертикальных отрезках, символизирующих здоровье, ум, характер, счастье, отмечает, как он оценивает себя по этим показателям. Затем отвечает на вопросы, раскрывающие его представление о содержании понятий "ум", "здоровье" и т.д.
3. **Метод фрустрации Розенцвейга**. С помощью этого метода исследуются характерные для личности реакции в стрессовых ситуациях, что позволяет сделать вывод о степени социальной адаптации.
4. **Метод незаконченных предложений**. Тест относится к группе вербальных проективных методов. Один из вариантов этого теста включает 60 незаконченных предложений, которые испытуемый должен закончить. Эти предложения могут быть разделены на 15 групп, в результате исследуются отношения испытуемого к родителям, лицам противоположного пола, начальству, подчиненным и т.д.
5. **Тематический апперцептивный тест (ТАТ)** состоит из 20 сюжетных картин. Испытуемый должен составить рассказ по каждой картине. Можно получить данные о восприятии, воображении, способности осмысливать содержание, об эмоциональной сфере, способности к вербализации, о психотравме и т.д.
6. **Метод Роршаха**. Состоит из 10 карт с изображением симметричных одноцветных и полихромных чернильных пятен. Тест используется для диагностики психических свойств личности. Испытуемый отвечает на вопрос, на что это может быть похоже. Формализация ответов проводится по 4 категориям: расположение или локализация, детерминанты (форма, движение, цвет, полутона, диффузность), содержание, популярность-оригинальность.
7. **Миннесотский многопрофильный личностный опросник (MMPI)**. Предназначен для исследования свойств личности, особенностей характера, физического и психического состояния испытуемого. Испытуемый должен отнестись положительно или отрицательно к содержанию предлагаемых в тесте утверждений. В результате специальной процедуры строится график, на котором изображено соотношение исследуемых личностных особенностей (ипохондрии – сверхконтроля, депрессии – напряженности, истерии – лабильности, психопатии – импульсивности, гипомании – активности и оптимизма, мужественности – женственности, паранойи – ригидности, психастении – тревожности, шизофрении – индивидуалистичности, социальной интроверсии).
8. **Подростковый диагностический опросник**. Используется для диагностики психопатий и акцентуаций характера у подростков.
9. **Тест Люшера**. Включает в себя набор из восьми карт - четыре с основными цветами (синий, зеленый, красный, желтый) и четыре с дополнительными (фиолетовый, коричневый, черный, серый). Выбор цвета в

порядке предпочтения отражает направленность испытуемого на определенную деятельность, его настроение, функциональное состояние, а также наиболее устойчивые черты личности.

Литература

1. Альманах психологических тестов. - М., 1995
2. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. В. Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психогигиене. – М., 1976.
3. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д. Методика многостороннего исследования личности. - М., 1994.
4. Блейхер В. М., Бурлачук Л. Ф. О некоторых теоретических концепциях проективных методов исследования личности в зарубежной психологии и патопсихологии. //Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1972. – № 5.
5. Бурлачук Л. Ф. Исследование личности в клинической психологии. – Киев, 1979.
6. Вассерман Л.И., Горькавая И.Л., Ромицына Е.Е. Тест подростки о родителях. - М., 1995.
7. Гильяшева И. Н. О применении ТАТ в диагностике неврозов и шизофрении. //Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. – Л., 1972.
8. Гильяшева И.Н., Игнатьева Н.Д. Межличностные отношения ребенка. - М., 1994.
9. Гоштаус А. А. Применение личностного опросника в диагностике параноидной шизофрении. //Математические методы в психиатрии и неврологии. – Л., 1972.
10. Козюля В.Г. Применение теста СМОЛ. - М., 1995
11. Левитов Н. Д. Фрустрация как один из видов психических состояний. //Вопр. психол. – 1967. – № 6.
12. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера. – Л., 1983.
13. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Диагностика характера подростка. - М., 1995.
14. Мерлин В. С. Лекции по психологии мотивов человека. – Пермь, 1971.
15. Мерлин В. С. Проблемы экспериментальной психологии личности. – Пермь, 1970.
16. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и их опыт применения в клинике. – М., 1970.
17. Румянцев Г. Г. Опыт применения методов незаконченных предложений в психиатрической практике. //Исследование личности в клинике в экстремальных условиях. – Л., 1969.
18. Савенко Ю. С. Диагностическая значимость метода Роршаха. //Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. – Л., 1976.
19. Собчик Л. Н. Пособие по применению психологической методики MMPI. – М., 1971.
20. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. Методическое руководство. – М., 1990.
21. Тарабарина Н. В. К экспериментально-психологическому исследованию состояния фрустрации при неврозах. //Вопросы диагностики психического развития. – Таллин, 1974.

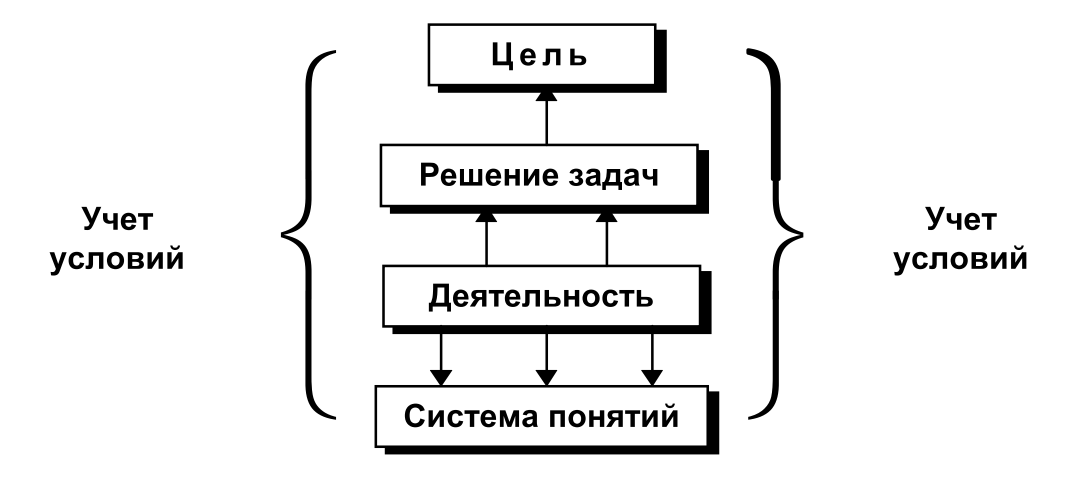
НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ

Существуют разные определения мышления. В пособии приводится одно из них, с помощью которого, по мнению автора, легче описать патологию мышления.

> "Мышление – это деятельность, опирающаяся на систему понятий, направленная на решение задач, подчиненная цели, учитывающая условия, в которых эта задача осуществляется"[1].

Схематично это можно представить так:

[1] Зейгарник Б. В. Патология мышления. – М., 1962.



На основе этой схемы можно рассмотреть нарушения операциональной стороны мышления, которые проявляются в актуализации случайных, слабых или конкретно-ситуационных связей. В то же время неучет испытуемым условий и содержания инструкций к тестам может свидетельствовать о нарушениях мотивационной сферы (нецеленаправленность ассоциаций, разноплановость суждений, снижение критичности, резонерство).

Виды патологии мышления

Выделяется три вида патологии мышления:
1. Нарушение операциональной стороны мышления.
2. Нарушение динамики мышления.
3. Нарушение личностного компонента мышления.

Нарушение операциональной стороны мышления

К основным мыслительным операциям относятся обобщение, отвлечение (абстрагирование), анализ, синтез.

Обобщение есть следствие анализа, вскрывающего существенные связи между явлениями и объектами. Существует несколько уровней процесса обобщения:

- категориальный – отношение к классу на основании главных, существенных признаков;
- функциональный – отношение к классу на основании функциональных признаков;
- конкретный – отношение к классу на основании конкретных признаков;
- нулевой (нет операции) – перечисление предметов либо их функций без попытки обобщить.

При всем многообразии нарушения операциональной стороны мышления можно свести к двум крайним вариантам:
1) снижение уровня обобщения;
2) искажение процесса обобщения.

При снижении уровня обобщения в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях. Вместо выделения обобщенных признаков больные используют конкретно-ситуационные сочетания, у них отмечаются трудности абстрагирования от конкретных деталей (например, общее между диваном и книгой в том, что *"на диване можно читать"*). Подобные нарушения могут быть в легкой, умеренно выраженной и выраженной степенях. Эти нарушения встречаются при олигофрении, тяжелых формах энцефалита, а также при органических поражениях головного мозга другого генеза с деменцией.

Однако говорить о снижении уровня обобщения можно в том случае, если этот уровень был у человека ранее, а затем снизился, что и происходит с больными эпилепсией, органическими поражениями ЦНС, последствиями травм головного мозга. У больных же олигофренией отмечается недоразвитие понятийного, абстрактного мышления, а именно процессов обобщения и отвлечения.

При искажении процесса обобщения больные руководствуются чрезмерно обобщенными признаками, неадекватными реальным отношениям между предметами. Отмечается преобладание формальных, случайных ассоциаций, уход от содержательной стороны задачи. Эти больные устанавливают чисто формальные, словесные связи, реальное же различие и сходство не служит для них контролем и проверкой их суждений. Например, сходство между ботинком и карандашом для них в том, что *"они оставляют следы"*. Подобные нарушения мышления встречаются у больных шизофренией.

Методики для исследования операциональной стороны мышления

Для исследования операциональной стороны мышления используются следующие методики:

1. **Классификация.** Методика представляет собой набор карточек с изображением различных предметов, растений, живых существ. Изображения могут быть заменены надписями (словесная классификация). Испытуемый раскладывает предметы на группы так, чтобы предметы, находящиеся в одной группе, имели общие свойства (одежда, мебель, животные, измерительные приборы, люди). Затем испытуемый укрупняет группы. Способность выделить две или три группы на последнем этапе свидетельствует о высоком уровне обобщения.

2. **Исключение**. Также существует два варианта этой методики: словесный и предметный. Последний представляет из себя набор карточек с изображением четырех предметов, три из которых имеют между собой общее и их можно объединить в одну группу, а один из них существенно отличается, он должен быть исключен. Решение испытуемого на основе конкретно-ситуационного объединения предметов в группу свидетельствует о снижении уровня обобщения. Актуализация "слабых", чрезмерно обобщенных признаков свидетельствует об искажении процесса обобщения.

3. **Образование аналогий**. В методике "Простые аналогии" представлены пары слов (образцы), между которыми существуют определенные смысловые отношения. Испытуемому следует выделить пару слов по аналогии. Помимо словесного варианта можно использовать невербальный – таблицы Равена. Лицам со средним и высшим образованием можно предложить методику "сложные аналогии".

4. **Сравнение и определение понятий**. Для определения понятий нужно проанализировать множество признаков предмета или явления и выделить наиболее точное определение, то, в котором отмечается родовое и видовое различие. При сравнении предметов испытуемый использует анализ и синтез для разделения существенных признаков на общие для нескольких объектов и на различающие их. В качестве стимульного материала используют однородные понятия (танк-трактор, человек-животное) и разнородные (телега – ложка, ботинок – карандаш). Последние используются для диагностики искажения процессов обобщения.

5. **Понимание переносного смысла пословиц и метафор**. Можно просто предлагать испытуемому распространенные пословицы и метафоры для объяснения их переносного смысла. Есть вариант этой методики, когда для данной пословицы нужно найти соответствующую ей по значению фразу или другую пословицу. Этот вариант помогает тем испытуемым, которые понимают значение переносного смысла, но затрудняются вербализовать понимаемое. Еще одна модификация: серию табличек, на которых написаны пословицы или метафоры, соотнести по смыслу с фразами, которых по количеству гораздо больше пословиц. Последняя модификация чаще используется для выявления нарушений мышления по шизофреническому типу, а также при трудностях вербализации понимаемого переносного смысла, когда фраза облегчает объяснение.

6. **Пиктограммы**. Испытуемому предлагают нарисовать несложный рисунок для запоминания названных ему 15 слов и словосочетаний. Среди них обязательно должны быть эмоционально окрашенные, абстрактные и конкретные. После выполнения задания анализируется характер смысловых связей между стимульным словом и рисунком. Смысловые связи могут быть содержательные или слабые. Способность выполнять пиктограмму свидетельствует о доступности для испытуемого обобщенной символизации слова и др.

Существует множество других методик для исследования операциональной стороны мышления, описанных в литературе, но перечисленные выше методики являются основными для исследования патологии мышления.

Нарушение динамики мыслительной деятельности

В психиатрической практике можно выделить два часто встречающихся нарушения динамики мышления: лабильность мышления и инертность мышления.

Лабильность мышления заключается в неустойчивости способа выполнения задания. Уровень обобщения у больных соответствует образованию и жизненному опыту. Испытуемым доступны обобщение, сравнение, понимание условного смысла, перенос. Однако наряду с правильно обобщенными решениями отмечаются решения на основе актуализации слабых, случайных связей или конкретно-ситуационное объединение предметов, явлений в группу. У больных с проявлениями лабильности мышления повышена так называемая "откликаемость", они начинают реагировать, вплетать в свои рассуждения любой случайный раздражитель из внешней среды, нарушая инструкцию, утрачивая целенаправленность действий, ассоциаций.

Инертность мышления – выраженная тугоподвижность переключения с одного вида деятельности на другой, затрудненность изменения избранного способа своей работы. Инертность связей прошлого опыта, трудности переключения могут привести к снижению уровня обобщения и отвлечения. Испытуемые не справляются с заданиями на опосредование ("пиктограмма", методика Леонтьева, классификация предметов по значимым признакам и т.д.). Подобные нарушения встречаются у больных эпилепсией, а также у больных с последствиями тяжелых травм головного мозга.

Исследование динамики мыслительной деятельности можно проводить с помощью тех же методик, которые использовались для изучения операциональной стороны мышления. Но внимание экспериментатора при этом должно быть направлено на анализ следующих психических проявлений:

- переключение вида деятельности испытуемого;
- склонность к чрезмерной обстоятельности суждений и детализации ассоциаций;

♦ неспособность удерживать целенаправленность ассоциаций.

Нарушение личностного компонента мышления

К этим нарушениям относятся разноплановость суждений, резонерство, нарушение критичности и саморегуляции.

Критичность мышления предполагает сличение получаемых результатов с условиями задачи и предполагаемыми итогами. Больные однако могут актуализировать неадекватные связи и отношения, которые приобретали смысл из-за измененных установок больных шизофренией или в результате трудностей осмысливания содержания предложенных задач для олигофренов. В данном случае можно говорить о некритичности мышления.

Разноплановость – нарушение мышления, заключающееся в том, что суждения больных о каком-нибудь явлении протекают в разных плоскостях (например, слон и лыжник – *"предметы для зрелищ"*, лошадь и медведь – животные).

Резонерство – склонность к "бесплодному мудрствованию", тенденция к многоречивым рассуждениям (например, испытуемый сравнивает понятия "птица" и "самолет": *"Сходство – крылья. Потому что рожденный ползать летать не может. Человек тоже летает, у него есть крылья. У петуха тоже есть крылья, но он не летает. Он дышит…"*).

Нарушение саморегуляции – это невозможность целенаправлен-ной организации своих мыслительных действий. При этом испытуемым могут быть доступны сложные обобщения, логические операции, но в результате расплывчатости мышления, его нецеленаправленности выявляется неспособность решения поставленных задач (больные шизофренией). Возможно нарушение саморегуляции у больных эпилепсией в результате ригидности мышления и склонности к чрезмерной обстоятельности и детализации. При этом нарушается "регулятивный аспект целеобразования", а у больных шизофренией "снижена побудительность целей".

В литературе по психопатологии рассматривают нарушения мышления в виде растройств ассоциативного процесса, патологии суждений, а также патологии мышления по темпу. Расстройства ассоциативного процесса проявляются в болезненном изменении темпа, нарушении стройности и целенаправленности мышления.

К нарушениям стройности относятся:

1. **Разорванность мышления** – нарушение смысловых связей между членами предложения при сохранности грамматического построения фразы.
2. **Бессвязность** – нарушение и смысловой речи, и синтаксического строя речи.
3. **Вербигерации** – своеобразные стереотипии в речи до бессмысленного нанизывания сходных по созвучию слов.
4. **Парагномен** – действие под влиянием внезапного нелепого умозаключения.
5. **Паралогическое мышление** – отсутствие адекватной логики.

К нарушениям целенаправленности относятся следующие:

- **Патологическая обстоятельность** (см. выше).
- **Резонерство** (см. выше).
- **Дементная детализация** (см. выше).
- **Персеверация** (см. выше).
- **Символизм**. В отличие от общепринятой системы символов, усматривание больными обычных символов там, где они не играют символической роли.
- **Аутическое мышление**. Отрыв от реальной действительности, погружение в мир воображения, фантастических переживаний.

К патологии суждений относятся:

- **Бредовые расстройства** - ложные умозаключения. Различают паройяльный бред - систематизированный бред без систематизации; параноидный бред - характеризуется наличием бредовых идей, которые чаще не имеют достаточно стройной системы; парафренный бред - сочетается с нарушениями ассоциативного процесса (разорванность, резонерство и символизм).
- **Бредоподобные расстройства** - ложные умозаключения, связанные с расстройством воли, влечений, эмоциональными нарушениями, отличаются от бредовых отсутствием тенденции к систематизации, кратковременностью, возможностью частичной коррекции методом разубеждения (бывают при МДП).
- **Сверхценные идеи** - аффективно насыщенные стойкие убеждения и представления.
- **Навязчивые идеи** - неправильные мысли при критичном к ним отношении, но невозможности избавиться.

Нарушения мышления по темпу:

- **Ускоренное мышление:**
  - скачка идей (наблюдается в маниакальной фазе при МДП);
  - ментизм, или мантизм - возникающий помимо воли больного наплыв мыслей (при шизофрении).
- **Замедленное мышление** (во время депрессивной фазы при МДП), а также **тугоподвижность,** ригидность (при эпилепсии).

Литература

1. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. – Ташкент, 1976.
2. Зейгарник Б. В. Патология мышления. – М., 1962.
3. Зейгарник Б. В. Патопсихология. – М., 1976.
4. Корнилов А. П. Нарушение целеобразования у психических больных.: Автореф. канд. дисс. – М., 1980.
5. Логинова С. В., Рубинштейн С. Я. О применении метода "пиктограмм" для экспериментального исследования мышления психических больных. – М., 1972.
6. Поляков Ю. Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. – М., 1974.
7. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и их опыт применения в клинике. – М., 1970.
8. Тепеницына Т. И. О психологической структуре резонерства. //Вопросы экспериментальной патопсихологии. – М., 1965.

НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ

> "Память – процессы организации и сохранения прошлого опыта, делающие возможным его повторное использование в деятельности или возвращение в сферу сознания"[1].

Методики, исследующие функцию памяти, одновременно могут выявлять и нарушения внимания, и нарушения мышления, и колебания умственной работоспособности. Поэтому важно научиться выделять собственно мнестические нарушения, не упуская из виду остальные.

Исследование памяти предполагает исследование следообразо-вания, воспроизведения и ретенции (отсроченного воспроизведения). В патопсихологическом эксперименте исследуется чаще всего непос-редственная и опосредованная память.

Непосредственная память – способность воспроизводить события, опыт сразу после действия стимула.

К наиболее распространенным нарушениям непосредственной памяти относится "корсаковский синдром" и прогрессирующая амнезия. "Корсаковский синдром" – это нарушение памяти на текущие события. При этом память на события прошлого остается относительно сохранной. Э. Клапаред, А. Н. Леонтьев, Б. В. Зейгарник указывают на остаточную сохранность следов и выраженные трудности воспроизведения. Больные могут заполнять пробелы памяти вымышленными событиями, деталями (конфабуляция).

При прогрессирующей амнезии расстройства памяти распространяются и на текущие события, и на события прошлого. При этом отмечаются следующие признаки:

- наложение событий прошлого на настоящее и наоборот (интерферирующий эффект);
- дезориентировка во времени и пространстве.

Опосредованное запоминание – запоминание с использованием промежуточного, или опосредующего, звена для улучшения воспроизведения.

Нарушение опосредованного запоминания у больных разных нозологических групп исследовали Г. В. Биренбаум, С. В. Логинова. Оказалось, что введение опосредования часто не улучшает, а ухудшает у больных возможность точного воспроизведения.

Причина трудности опосредования у больных олигофренией заключается в недоразвитии мышления, неспособности установить условную смысловую связь между стимульным словом и рисунком. При олигофрении нарушена не только смысловая. но и механическая память. У астенических олигофренов отмечается грубая недостаточность чтения, письма, счета и частые ошибки в памяти. У стенических олигофренов более выражено расстройство долго-временной памяти.

При эпилепсии отмечается снижение эффективности опос-редованного запоминания в сравнении с непосредственным.

У больных эпилепсией, а также при органических поражениях головного мозга отмечаются трудности опосредования предложенных понятий с конкретным рисунком. Это является следствием выраженной склонности к чрезмерной детализации, фиксации на отдельных свойствах предметов. При органических поражениях подкорковых структур головного мозга в большей степени нарушено произвольное воспроизведение и сохранение, в меньшей степени – узнавание и запоминание. Отмечается связь нарушений памяти с психической истощаемостью и снижением сенсомоторной активности.

У больных шизофренией условность рисунка становится беспредметной и широкой, что перестает отражать реальное содержание слова, или рисунок отражает актуализацию слабых, латентных свойств, что также

[1] Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М., 1972. С. 264.

затрудняет воспроизведение. Нарушения оперативной, кратковременной, отсроченной и опосредованной памяти не выявляются. Наблюдаемое в методиках снижение памяти часто имеет вторичный характер, обусловленный снижением волевого усилия.

У больных неврозами и при реактивных психозах жалобы на снижение памяти часто не подтверждаются экспериментально-психологическим исследованием. При этих заболеваниях в их механизмах ведущая роль принадлежит личностно-мотивационным и эмоциональным расстройствам. Поэтому испытуемый может "работать" под определенное "органическое" заболевание. Однако ошибки могут быть в простых вариантах заданий и отсутствовать в сложных. Снижение памяти и внимания у больных с неврозами часто отражает внутреннюю тревогу и беспокойство. Отмечаются психогенные амнезии, которые следуют за психотравмой.

Методики, используемые для исследования памяти

1. **Десять слов**. Испытуемому зачитывают десять одно-двухсложных слов, затем он их повторяет в любом порядке 5 раз. Данные вносят в таблицу. Спустя 20-30 минут просят воспроизвести слова для проверки ретенции. (Например: *лес, хлеб, стол, окно, вода, брат, гриб, конь, игла, мед*. Или: *гора, роза, кошка, часы, вино, пальто, книга, окно, пила*).
2. **Пиктограммы**. Этот метод предложен А. Р. Лурией. Испытуемый должен запомнить 15 слов. Для облегчения воспроизведения он должен сделать карандашом рисунок, имеющий смысловую связь со стимульным словом. Никаких записей, пометок делать не разрешается. После окончания работы можно попросить повторить слова, затем повторить их через 20-30 минут. При анализе запоминания важно обратить внимание на то, сколько слов воспроизведено точно, близко по смыслу, неверно, никак. Модификацией этого же задания может служить тест А. Н. Леонтьева, который предлагает не рисование, а выбор предмета, сюжета из предложенных готовых картинок. Эта методика имеет несколько серий, которые отличаются по степени сложности. Использовать методику можно для исследования памяти у детей, а также лиц с невысоким интеллектом.
3. **Воспроизведение рассказов**. Испытуемому читают рассказ, он воспринимает его на слух или читает рассказ сам. Затем он воспроизводит рассказ устно или записывает. Психолог при анализе учитывает, все ли смысловые звенья воспроизведены, что опущено, не отмечается ли конфабуляций, интерферирующего эффекта. Для запоминания наиболее предпочтительны рассказы: "Галка и голуби", "Муравей и голубка", "Логика", "Колумбово яйцо", "Вечный король" и др.
4. **Исследование зрительной ретенции (тест А. Л. Бентона).** Используется пять серий рисунков. В трех сериях предлагается по 10 карточек равной сложности, в двух – по 15 карточек. Карточку в течение 10 секунд предъявляют испытуемому, затем он должен воспроизвести увиденные фигуры на бумаге. Качественный анализ данных проводится в сравнении со специальными таблицами Бентона. с помощью этого теста можно получить дополнительные данные, свидетельствующие об органическом заболевании головного мозга.

Литература

1. Биренбаум Г. В. К вопросу об образовании переносных и условных значений слова при патологических изменениях мышления. //Новое в учении об апраксии, агнозии, афазии. – М., 1984.
2. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. – Ташкент, 1976.
3. Блейхер В. М., Машек Ю. А. Опыт применения психометрических исследований памяти при церебральном атеросклерозе. //Невропатология и психиатрия. – 1974. – №2.
4. Бондарева Л. В. Нарушение взаимоотношений непосредственной и опосредованной памяти у больных эпилепсией. //Психологические исследования. – МГУ, 1971. – Вып. 3.
5. Зейгарник Б. В. Патопсихология. – М., 1976.
6. Кононова М. П. Руководство по психологическому обследо-ванию психически больных детей. – М., 1963.
7. Логинова С. В., Рубинштейн С. Я. О применении метода "пиктограмм" для экспериментального исследования мышления психических больных. – М., 1972.
8. Мучник Л. С., Смирнов В. М. Двойной тест для исследования кратковременной памяти. //Психологический эксперимент в неврологической и психиатрической клинике. /Под ред. И. М. Тонконогого. – Л., 1969.
9. Петренко Л. В. Нарушение высших форм памяти. – М., 1976.
10. Психология. Словарь. /Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – М., 1990.
11. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М., 1972.
12. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. – М., 1970.

НАРУШЕНИЕ ВНИМАНИЯ

"Внимание – сосредоточенность деятельности субъекта в данный момент времени на каком-либо реальном или идеальном объекте (предмете, событии, образе, рассуждении и т.д.)"[1].

Внимание характеризуется избирательностью, объемом, устойчивостью, переключаемостью.

Избирательность (концентрация) связана с возможностью успешной настройки на восприятие определенной информации.

Объем внимания – количество одновременно воспринимаемых объектов.

Переключаемость – возможность выполнения действий во времени, при смене целей или одновременном учитывании нескольких факторов при выполнении одной работы. Например, прослеживать две последовательности чисел разной окраски: одну в порядке возрастания, другую в порядке убывания ("модифицированная таблица" Горбова).

Нарушения внимания

Нарушения внимания наблюдаются при разных психических и соматических заболеваниях. Возможны также нарушения внимания и при аффективно-эмоциональных реакциях и состояниях у здоровых людей.

Снижение активного внимания (концентрации, переключаемости, устойчивости) отмечается при неврозах.

У больных с органическими заболеваниями головного мозга отмечаются персеверации, трудности в переключении, повышенная отвлекаемость, истощаемость внимания.

У больных шизофренией активное внимание ухудшается в результате снижения энергетического потенциала, апато-абулического синдрома.

У соматических больных (например, туберкулезом и др.) отмечаются трудности концентрации внимания, замедленное врабатывание, трудности переключения, сужение объема внимания.

Б. В. Зейгарник рассматривает многие нарушения внимания как частные нарушения умственной работоспособности, являющиеся следствием психических или соматических заболеваний. У больных шизофренией вследствие нарушений личностного компонента мышления, у больных с органическими изменениями головного мозга в результате изменений структуры головного мозга, у больных психопатией в результате изменений в эмоционально-аффективной сфере, у больных эпилепсией в результате ригидности мышления и т.д.

У больных неврозами отмечается снижение активного внимания (концентрация и переключение). У больных шизофренией снижение активного внимания (устойчивость и переключаемость) является результатом общего снижения психической активности. У больных с локальными поражениями головного мозга отмечаются повторы, персеверации одного и того же действия, выражены затруднения переключения на новую деятельность. При травматических и сосудистых заболеваниях головного мозга отмечается неустойчивость, трудность длительной концентрации, истощаемость внимания. При алкоголизации и диэнцефальном синдроме отмечается снижение концентрации и устойчивости внимания. Церебральный атеросклероз характеризуется быстрой утомляемостью, проявляющейся в колебаниях внимания, невозможности сосредоточения. При эпилепсии отмечаются трудности переключения и снижение устойчивости внимания.

Методики исследования внимания

1. **Корректурная проба.** Данная методика впервые предложена Bourdon в 1895 г. Она используется для исследования устойчивости внимания и способности к его концентрации. Корректурная проба очень проста и не требует специальных приспособлений, кроме бланков и секундомера. Бланки представляют собой ряды букв, расположенных в случайном порядке. Инструкция предусматривает зачеркивание одной или двух букв по выбору исследующего. Можно каждые 30-60 секунд отмечать положение карандаша больного. Исследующий обращает внимание на количество ошибок, темп выполнения, распределение ошибок в течение опыта, характер ошибок (пропуски отдельных букв или строчек, зачеркивание других букв и т.д.).
2. **Счет по Крепелину**. Методика предложена Крепелиным в 1895 г. Она применяется для исследования переключения внимания, а также работоспособности. На специальных бланках расположены столбцы цифр, которые испытуемый должен складывать или вычитать в уме, а на бланке записывать результат. После выполнения задания исследующий обращает внимание на количество ошибок, их распределение, объем выпол-

[1] Психология. Словарь. /Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – М., 1990. С. 54.

ненного задания, темп, способность переключаться, то есть делает вывод о работоспособности (истощаемости, врабатываемости), расстройствах внимания.

3. **Отыскивание чисел на таблицах Шульте**. Исследование проводят с помощью специальных таблиц, где хаотично расположены числа от 1 до 25. Испытуемый указкой показывает числа по порядку, называя их вслух, при этом фиксируется время выполнения задания. Таким образом исследуют темп сенсомоторных реакций, особенности переключения внимания, объем внимания, сосредоточенность (отвлекаемость), повышенную истощаемость по гиперстеническому или гипостеническому типу, врабатываемость.

4. Для исследования переключения внимания, инертности психических процессов, истощаемости можно использовать **модифицированную таблицу Шульте** (Ф. Д. Горбов, 1959, 1964 гг.). Это красно-черная таблица содержит 49 чисел, из них 25 черных (1-25) и 24 красных (1-24). Испытуемый попеременно должен показывать черные и красные цифры. Причем черные в порядке возрастания, а красные в порядке убывания. Методика используется в первую очередь для исследования динамики мышления, способности переключать внимание.

5. **Отсчитывание**. Методика предложена Крепелиным. Испытуемый отсчитывает от ста одно и то же число (обычно 17, 13, 7, 3). Экспериментатором отмечаются паузы. Исследуется характер ошибок, следование инструкции, переключение, сосредоточенность, истощаемость внимания.

Литература

1. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. – Ташкент, 1976.
2. Блейхер В. М. Экспериментально-психологическое исследование психически больных. – Ташкент, 1971.
3. Докучаева М. А. Об исследовании методики счета по Крепелину в психиатрической больнице. //Психологические методы исследования в клинике. – 1976. – №2.
4. Психология. Словарь. /Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – М., 1990.
5. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. – М., 1970.
6. Тепеницына Т. И. Анализ ошибок при исследовании внимания методом корректурной пробы. //Вопросы психологии. – 1959. – №5.

НАРУШЕНИЕ ВОСПРИЯТИЯ

"Восприятие – это активный процесс анализа и синтеза ощущений путем сопоставления их с прежним опытом".[1]

Восприятие в сравнении с ощущениями носит целостный характер и представляет собой наглядно-образное отражение действующих в данный момент на органы чувств предметов и явлений (Карвасарский Б. Г.). Большое значение в нарушениях восприятия принадлежит личностному фактору (мотивационной сфере).

Нарушения восприятия при различных психических заболеваниях имеют различные причины и различные формы проявления. При локальных поражениях головного мозга можно различать:

1. ***Элементарные и сенсорные расстройства*** (нарушение ощущения высоты, цветоощущения и т.д.). Эти нарушения связаны с поражениями подкорковых уровней анализаторных систем.
2. ***Сложные гностические расстройства***, отражающие нарушение разных видов восприятия (восприятие предметов, пространственных отношений). Эти нарушения связаны с поражением корковых зон мозга.

Гностические расстройства различаются в зависимости от поражения анализатора, при этом делятся на зрительные, слуховые и тактильные агнозии. Агнозия – расстройство узнавания предметов, явлений, частей собственного тела, их дефектов при сохранности сознания внешнего мира и самосознания, а также при отсутствии нарушений периферической и проводящей частей анализаторов.

Зрительные агнозии делятся на:

1) ***предметную агнозию*** (больные не узнают предметов и их изображений);
2) ***агнозию на цвета и шрифты***;
3) ***оптико-пространственную агнозию*** (нарушается понимание символики рисунка, отражающее пространственные качества рисунка, пропадает возможность передать на рисунке пространственные признаки объекта: дальше, ближе, больше-меньше, сверху-снизу и т.д.).

При **гностических слуховых** расстройствах отмечается снижение способности дифференцировки звуков и понимания речи. Могут иметь место слуховые галлюцинации. Возможны дефекты слуховой памяти (больные не могут запомнить два или более звуковых эталона), аритмия (не могут правильно оценить ритмиче-

[1] Банщиков В. М., Короленко Ц. П., Давыдов И. В. Общая психопатология. – М., 1971.

ские структуры, количество звуков и порядок чередований), нарушение интонационной стороны речи (больные не различают интонаций и у них невыразительная речь).

Тактильные агнозии – нарушение узнавания предметов при их ощупывании при сохранении тактильной чувствительности (исследование при закрытых глазах). Агнозия может возникнуть в результате разрушения определенных корковых зон (энцефалит, опухоль, сосудистый процесс и т.д.), а также вследствие нейродинамических нарушений.

Зрительная агнозия подробно описана в литературе по психиатрии и патопсихологии. Для патопсихолога важно исследовать нарушение восприятия у психически больных с органическими поражениями головного мозга. Восприятие этих больных отличается фиксацией внимания на отдельных признаках предметов, трудностями синтеза в одно целое. Восприятие обладает функцией обобщения и условности, поэтому можно предполагать, что агнозии вызваны нарушением обобщающих функций восприятия.

При деменции могут отмечаться псевдоагнозии. В данном случае агнозия распространяется не только на форму, но и на структуру, то есть в данном случае нарушается осмысленность и обобщенность воспринятого, что связано с диффузностью мышления.

У больных с неврозами и неврозоподобными состояниями отмечаются нарушения болевой чувствительности. Чаще встречается не снижение, а усиление болевого чувства, так называемые "психогенные" боли, что также является нарушением восприятия. При переживании боли большая роль отводится ожиданию, боязни боли, хотя, по исследованиям Б. Д. Карвасарского, не существует боли, лишенной материальной основы, даже когда речь идет о психогенных болях. При этом важно установить правильное соотношение сенсорного и эмоционального компонентов переживания боли для выбора правильного лечения: преобладание медикаментозного воздействия или психотерапевтического.

При нарушениях восприятия большое значение имеет личностный фактор. У больных неврозами затрудняется воспроизведение стимульного материала. Увеличивается время узнавания предъявляемых образов, так как большинство образов для больных являются аффективно значимыми. Эти трудности усиливаются пропорционально усилию интеллекта.

У больных шизофренией трудности узнавания объектов связаны большей частью с апато-абулическим синдромом и эмоциональной амбивалентностью.

При психопатиях возбудимого круга повышается чувствительность при повышении эмоционального тонуса. При психопатиях тормозимого типа отмечается ригидность и снижение чувствительности также при повышении эмоционального тонуса. При реактивных депрессиях восприятие нарушено по-разному в зависимости от клинической картины:

а) при депрессивно-параноидном синдроме – аффективное искажение восприятия;

б) при астено-депрессивном – фрагментарность восприятия с трудностями концентрации внимания и его переключения;

в) при истеро-депрессивном восприятие отличается внушаемостью, поэтому возможны псевдоагнозии.

В литературе по психопатологии встречаются описания следующих нарушений восприятия:

1) **гиперстезия** – усиление восприятия по силе ;
2) **гипостезия** – ослабление восприятия по силе;
3) **агнозия** (см. выше);
4) **тотальная анестезия** – потеря чувствительности при истерии;
5) **деперсонализация –** расстройство восприятия собственной личности;
6) **бедность участия** - утрата сложных чувств;
7) **дереализация** – искаженное восприятие окружающего мира. Сюда же можно отнести симптомы "**уже виденного**" (de ja vu), "**никогда не виденного**" (ja mais vu);
8) **обманы восприятия (иллюзии и галлюцинации)**. Иллюзии – это искаженное восприятие действительно существующего во внешней среде реального объекта, галлюцинации – обманы восприятия, возникающие вне непосредственной связи с реальными раздражителями внешней среды (кроме функциональных, гипногаллюцинаций, внушенных). Существует несколько классификаций галлюцинаций. Более подробно они описаны в литературе по психиатрии.

Исследование восприятия

Исследование восприятия можно проводить клиническими и экспериментально-психологическими методами. Например, клинический метод применяется в следующих случаях:

- исследование болевой и тактильной чувствительности (проводится с помощью специально подобранных волосков, щетинок, игл и т.д.)
- исследование температурной, вибрационной чувствительности, расстройств органов слуха и зрения (с помощью специальных приборов: термоэтезиомера, ИВЧ-2, аномалоскопа-59 и др.).
- пороги слуховой чувствительности, восприятия речи исследуются сурдологами с помощью аудиометров.

Для исследования более сложных слуховых и зрительных функций используются экспериментально-психологические методы, например, комплекс методик, предложенный Е. Ф. Бажиным:

1) методики, направленные на изучение простых сторон деятельности анализаторов;
2) методики, изучающие более сложную комплексную деятельность.

Есть и другие методики. Так, для выявления зрительной агнозии используют наборы разнообразных предметов и их изображений. В начале исследования зрительного гнозиса испытуемому предлагают четкие изображения предметов (можно использовать “Классификацию предметов”). Испытуемый должен узнать предмет. Затем предлагают более сложные рисунки, например, перечеркнутые и наложенные друг на друга изображения (таблицы Поппельрейтера). Можно использовать для исследования зрительного восприятия таблицы Равена.

Для исследования сенсорной возбудимости на фоне органических изменений головного мозга используют таблицы с движущимися квадратами, "волнистый фон", предложенные М. Ф. Лукьяновой.

Для исследования слухового восприятия используют тахистоскопический метод (предъявление изображений и идентификацию прослушанных магнитофонных записей). Для этого необходимо иметь звукозаписи, на которых записаны разные звуки: шелест страниц переворачиваемой книги, журчание воды, звон стекла, свист, шепот и т.д. С помощью этого метода можно обнаружить нарушения мотивационного компонента восприятия, вскрыть механизмы возникновения иллюзий и галлюцинаций у психически больных.

Литература

1. Бжалава И.Т. Восприятие и установка. – Тбилиси, 1965.
2. Гильяшева И.Н. О применении методики ТАТ в диагностике неврозов и шизофрении. //Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. – Л., 1972.
3. Костандов Э.А. Восприятие и эмоции. – М., 1977.
4. Атлас для экспериментального исследования в психической деятельности человека. /Под ред. И. А. Полищука, А. Е. Видренко. – Киев., 1980.
5. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. – Ташкент, 1976.
6. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. – М., 1970.

РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ

До сих пор в литературе нет единых представлений о содержании вышеперечисленных понятий. Есть общие области пересечения этих понятий. Ниже приводится один из подходов к рассмотрению эмоциональных состояний, обозначенных терминами **стресс, кризис, фрустрация.**

Эмоции – это *"интегральное выражение измененного тонуса нервно-психической деятельности, отражающееся на всех сторонах психики и организации человека"*[1].
В. Н. Мясищев предлагает следующую классификацию эмоций:

1) эмоциональные реакции, которые являются ответными переживаниями на стимулы, их вызвавшие;
2) эмоциональные состояния, которые характеризуются изменением нервно-психологического тонуса;
3) эмоциональные отношения (чувства), которые характеризуются эмоциональной избирательностью или связью конкретных эмоций с определенными лицами, объектами или процессами.

Расстройства эмоций характерны для больных с разными психическими заболеваниями. У больных неврозами отмечаются болезненные эмоционально-аффективные реакции раздражения, негативизма, страха и др., а также эмоциональные состояния (страх, астения, пониженное настроение и т.д.) У больных неврозом навязчивых состояний наблюдается высокая сензитивность, тревожность. У больных истерией – лабильность эмоций, импульсивность; у больных неврастенией – раздражительность, чувство усталости, утомляемость, слабость. При всех типах неврозов отмечается низкая фрустрационная толерантность.

У больных психопатией отмечается склонность к эмоционально-аффективным реакциям патологического характера; эмоционально-агрессивные вспышки при эпилептоидной, гипертимной, истероидной психопатиях. Наблюдается тенденция к пониженному настроению, тоске, отчаянию, вялости при астенической, психастенической, сензитивной психопатиях. У шизоидных психопатов – диссоциация эмоциональных проявлений (“хрупкие, как стекло, по отношению к себе и тупые, как дерево, по отношению к другим”).

При эпилепсии отмечается склонность к дисфориям. При височной эпилепсии – страх, тревога, снижение настроения, злобность; реже – приятные ощущения в различных органах, чувство “озарения”.

[1] Мясищев В. Н. Введение в медицинскую психологию.

У больных с органическими поражениями ЦНС также отмечаются эмоционально-аффективные реакции и состояния разного знака, интенсивности в зависимости от заболевания, психотравмирующих ситуаций. Например, эксплозивность, раздражительность, "недержание эмоций", слезливость, эйфория, тревожность.

Эмоциональной тупостью, утратой дифференцированности эмоциональных реакций, их неадекватностью отличается эмоциональная сфера у больных шизофренией. Из трех видов эмоций в большей степени страдают эмоциональные отношения, которые становятся патологически искаженными.

Значительными перепадами направленности эмоций характеризуются эмоциональные проявления у больных МДП (от эйфории до глубокой депрессии). Отмечается склонность к дисфориям у больных депрессией.

Изменения в эмоциональной сфере характерны и для больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (например, при инфаркте миокарда – мрачная окраска будущего; при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки – повышенная тревожность, возбудимость, перепады настроения и т.д.)

Для исследования эмоций можно использовать тест Люшера, ТАТ. Уровень тревожности исследуют с помощью шкал Тейлора, Спилбергера и др. При использовании всех предлагаемых патопсихологических методик важно обращать внимание на эмоциональные проявления испытуемых. Возможно создание психологом искусственных трудностей (например, дефицит времени, увеличение сложности задания и т.д.) для провоцирования эмоциональных реакций во время выполнения заданий.

В норме у испытуемого сохраняется побуждение к деятельности и стремление завершить выполнение задания. При патологии возможны различные реакции: аффективные вспышки, негативные реакции отказа от продолжения деятельности, выраженные вегетососудистые реакции (тремор, покраснение лица, учащение дыхания), усиление мышечной напряженности и др.

Далее описаны наиболее распространенные психические состояния, причины их возникновения, характерные особенности.

Стрессы

По мнению некоторых авторов, стресс может быть причиной возникновения психических заболеваний.

До сих пор нет единого мнения относительно определения стресса. Ниже приведены наиболее распространенные представления:

- стресс – эмоциональное напряжение, которое возникает в результате неприятных переживаний;
- стресс – это потрясения, вызванные различными по модальности и интенсивности силами;
- стресс – это психическая напряженность (эмоциональная и операциональная).

В середине 30-х годов канадский патофизиолог и эндокринолог Г. Селье провел исследование многочисленных факторов нарушения различных сторон деятельности организма под влиянием внешних воздействий и сформировал учение об общем адаптационном синдроме (ОАС). Им были выделены две реакции на вредные воздействия внешней среды:

а) **специфическая** (конкретная болезнь со специфической симптоматикой);

б) **неспецифическая**, характерная для любого заболевания, проявляющаяся в ОАС.

Последняя состоит из трех фаз:

- **Фаза А.** ***Реакция тревоги***. Организм меняет свои характеристики под влиянием стресса. Если стрессор очень сильный, стресс может наступить и на этом этапе.
- **Фаза В.** ***Реакция сопротивления***. Действие стрессора совместимо с возможностями организма, организм сопротивляется. Признаки тревоги почти исчезают, уровень сопротивляемости поднимается значительно выше нормального.
- **Фаза С.** ***Реакция истощения***. Если стрессор действует длительно, силы организма постепенно истощаются, вновь появляется реакция тревоги, но теперь она необратимая. В данном случае можно говорить о дистрессе. В результате последнего развиваются реактивные состояния, провоцируются эндогенные заболевания.

Способность к адаптации у человека не безгранична. В связи с этим Г. Селье пишет: "Человеческая машина тоже становится жертвой износа и амортизации", не стоит "жечь свечу с обоих концов"[1].

При этом стресс не всегда вреден, он неизбежен, он необходим. "Стресс – острая приправа к повседневной жизни... ничто не изнуряет так, как бездеятельность, отсутствие раздражителей, препятствий, которые предстоит преодолеть"[2]. В стрессе постоянно происходит тренинг организма и психики.

Селье описывает возможность выявления и формулирования закономерностей развития всякого патологического процесса, проявляющегося во взаимовлиянии болезнетворных агентов и "почвы", то есть организма. Этот патологический процесс является причиной стресса.

[1] Селье Г. На уровне целого организма. – М., 1972.

[2] Там же.

В результате взаимодействия разных сил поддерживается гомеостаз (сохранность внутренних условий при любых колебаниях внешней Среды). Поэтому, независимо от разных влияний среды, можно говорить об общих закономерностях реакций организма на воздействие.

Литература

1. Киршбаум Э. И., Еремеева А. И. Психические состояния. – Владивосток, 1990.
2. Лисицын Ю. П. Кризисные явления в здравоохранении и теориях медицины капиталистических стран. – М., 1964.
3. Селье Г. На уровне целого организма. – М., 1972.
4. Селье Г. Стресс без дистресса. – М., 1982.
5. Селье Г. Эволюция концепции стресса. – Новосибирск, 1976.
6. Стресс и психическая патология. //Сборник научных трудов. – М., 1983.

Фрустрация

Фрустрация (англ. frustration – "расстройство, срыв планов, крушение") – специфическое эмоциональное состояние, возникающее в тех случаях, когда на пути к достижению цели возникает препятствие и сопротивление, которые или реально непреодолимы, или воспринимаются как таковые.

Признаки, характерные для состояния фрустрации:

1. Наличие потребности, мотива, цели, первоначального плана действия.
2. Наличие сопротивления (препятствие-фрустратор). Сопро-тивление может быть внешним и внутренним, пассивным и активным.

В ситуациях фрустрации человек может проявлять себя либо как зрелая личность, либо как инфантильная. Человек с адаптивным поведением усиливает мотивацию, повышает уровень активности для достижения цели, сохраняя саму цель. Неконструктивное поведение, свойственное инфантильной личности, проявляется в агрессии вовне или на себя или в уходе от разрешения сложной для личности ситуации.

В современной зарубежной психологии существуют различные теории фрустрации:

- теория фрустрационной фиксации (Н. К. Майер, 1949)
- теория фрустрационной репрессии (K. Bagner, T. Dembo, K. Yewin, 1943)
- теория фрустрационной агрессии (J. Dollard с соавт., 1939)
- эвристическая теория фрустрации (J. Rosenzweig, 1949).

Литература

1. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. – Ташкент, 1976.
2. Киршбаум Э. И., Еремеева А. И. Психические состояния. – Владивосток, 1990.
3. Кудрявцев Э. А. Судебно-психологическая экспертиза. – М., 1984.
4. Волкова Г. А. Особенности поведения детей с неврозами в конфликтных ситуациях. /Отв. ред. Е. С. Иванов. – Л., 1988.

Кризисы

Концепция кризисов появилась и развивалась в США. Она утверждала, что риск возникновения психических нарушений достигает наивысшей точки и материализуется в определенной кризисной ситуации. Поэтому в США создано свыше 3000 клиник и центров психического здоровья, для работы в которых привлекаются не только психологи, психиатры, но и педагоги, юристы, полицейские, врачи общей практики, священники, страховые агенты и т.д.

G. Gaplan и его предшественник Lindemann являются основоположниками теории кризиса, которая, с одной стороны, продолжает учение о стрессе, с другой – использует концепции социологии и социальной психологии.

Определение. По определению Gaplan,

> "кризис – это состояние, возникающее, когда лицо сталкивается с препятствием жизненно важным целям, которое в течение некоторого времени является непреодолимым при помощи привычных методов разрешения проблем. Возникает период дезорганизации, расстройства, в течение которого совершается много разных абор-

тивных попыток разрешения. В конце концов достигается какая-то форма адаптации, которая может наилучшим образом отвечать или не отвечать интересам этого лица и его близких"[1].

Кризис, как и стресс, несет в себе **саногенный** и **патогенный** компоненты. Человек, преодолевший кризис, приобретает новые формы адаптации в сложных для него ситуациях. Если же кризис затягивается, возможно появление психических нарушений.

Выделяются следующие виды кризисов:

а) кризисы развития: поступление ребенка в школу, детский сад, вступление в брак, уход на пенсию и т.д.;

б) случайные кризисы: безработица, стихийное бедствие, положение матери-одиночки;

в) типовые кризисы: горе в связи со смертью близкого человека, появление в семье новорожденного и т.д.

Все кризисы характеризуются индивидуальными, присущими только им признаками, соответственно используются разные виды помощи и выбираются профилактические мероприятия. Интервенция, или вмешательство в кризис, осуществляется по определенным принципам, исходя из особенностей данного кризиса.

В США созданы специальные службы психопрофилактики (служба неотложной помощи; служба консультации и просвещения). Неотложная помощь осуществляется в течение 24 часов в кризисный период и является пассивным видом помощи (клиент обращается самостоятельно во время кризиса).

При активном виде помощи работа проводится службой консультации и просвещения при центрах психического здоровья до наступления кризиса.

Так, в 1972 г. в США было 500 "горячих" телефонных линий. первоначально эти пункты организовывались для предупреждения суицидов, в настоящее время эти линии выполняют все растущее число "кризисных услуг".

Понятие кризиса в отечественной психиатрии

В работах отечественных специалистов понятие кризиса относительно приближается к понятию предболезни. Знание признаков, характерных для предболезни, позволяет выделить среди населения группу риска, предпринять профилактические меры, что необходимо для предупреждения психических заболеваний и суицидов.

В России термин "кризис" встречается в работах А. Г. Амбрумовой, создавшей Всесоюзный научно-методический суицидологический центр при Московском НИИ психиатрии МЗ РСФСР. Под ее руководством впервые было создано стационарное кризисное отделение, где проходят лечение люди, совершившие суицидные попытки или находящиеся в пресуициде. Специалисты центра (психологи, психотерапевты), работают на телефоне "Доверия", в кабинетах социально-психологической помощи. Специалисты этого центра оказывают разные виды помощи людям, находящимся в типовых кризисах (интимно-личностные и супружеские конфликты, девиации в поведении у подростков и др.).

Литература

1. Бараш Б. А. Психотерапия и психопрофилактика невротических расстройств у студентов музыкального вуза: Дисс. ... канд. мед. наук. – Л., 1985.
2. Изрина С. Н. Организация помощи и первичной профилактики в ситуациях кризиса (обзор зарубежной литературы). //Проблемы профилактики нервных и психических расстройств. / Под ред. В. К. Мягер. – Л., 1976.
3. Комплексные исследования в суицидологии. //Сб. научн. трудов. – М., 1986.
4. Неврозы и пограничные состояния. /Под ред. В. Н. Мясищева, Б. Д. Карвасарского, А. Е. Личко. – Л., 1972.
5. Семичов С. Б. Теория кризисов и психопрофилактика. – Л., 1987.
6. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. – Л., 1987.
7. LifeLine и другие новые методы психологии жизненного пути. /Под ред. А. Кроника. – М., 1993.

[1] Семичов С. Б. Теория кризисов и психопрофилактика. – Л., 1987.

III. Наиболее распространенные психические заболевания

Психические болезни обусловлены патологией головного мозга и проявляются в виде расстройств психической деятельности. К психическим болезням относят как грубые расстройства отражения реального мира с нарушениями поведения (психозы), так и более легкие изменения психической деятельности (неврозы, психопатии, некоторые виды аффективной патологии). Последние будут рассмотрены в следующих главах.

Причины возникновения психических заболеваний бывают внутренне обусловленные (**эндогенные**) и внешне обусловленные (**экзогенные**). Эндогенные определяются в основном конститу-ционально-генетическими факторами. К этой группе относят **шизофрению** и **маниакально-депрессивный психоз** (МДП). Экзогенные заболевания обусловлены влиянием внешней среды. К ним относятся органические поражения головного мозга разного генеза (например, алкогольные психозы, инфекционные психозы, сифилитические психозы, травматическая эпилепсия и т.д.) .

ШИЗОФРЕНИЯ

В переводе с греческого shiso – расщепляю, frenio – душа. Это психическое заболевание, которое протекает с быстро или медленно развивающимися изменениями личности особого типа (снижение энергетического потенциала, прогрессирующая интровертированность, эмоциональное оскудение, искажение психических процессов). Часто прогрессирование болезни приводит к разрыву прежних социальных связей, снижению психической активности, значительной дезадаптации больных в обществе.

Современная систематика форм течения шизофрении:

- непрерывнотекущая шизофрения,
- приступообразно-прогредиентная (шубообразная);
- рекуррентная (периодическое течение - наиболее благоприятный вариант).

По темпу течения процесса выделяют:

- малопрогредиентную;
- среднепрогредиентную;
- злокачественную.

При шизофрении отмечаются различные по выраженности психических нарушений клинические **симптомы** (знаки) и **синдромы** (совокупность нескольких симптомов). Основными для диагностики являются негативные симптомы (минус-симптомы: нарушение мышления и эмоционально-волевой сферы). Позитивные симптомы (плюс-симптомы) при непрерывном течении шизофрении нарастают в определенной последовательности:

- неврозоподобные;
- аффективные;
- психопатоподобные;
- галлюцинаторные (ложное восприятие, возникающее без соответствующего внешнего раздражения);
- параноидный бред - бред преследования (психические расстройства, проявляющиеся в ложных суждениях, умозаключениях);
- онейроидные помрачения сознания (с яркими фантастическими образами, грезоподобными переживаниями, якобы развивающимися фантастическими событиями, которые не находят отражения в поведении).
- парафренный бред - бред величия, отсутствие бредовой системы, разорванность мышления;
- гебефренные (дурашливое двигательное и речевое возбуждение, разорванность мышления, повышенное настроение);

- катаонические (психическое расстройство с преобладанием двигательных нарушений – ступор или кататоническое возбуждение);

При приступообразной шизофрении такая последовательность не соблюдается.

В зависимости от разных подходов психиатрических школ, в разных районах по эпидемиологическим исследованиям выявляется различное количество больных шизофренией. Оно колеблется от 2,5 до 10 человек на 1000 населения старше 15 лет. Болезнь может начаться в любом возрасте (чаще в 15-25 лет). Чем раньше проявляется заболевание, тем более неблагоприятен его прогноз.

Существует много форм шизофрении, например, шизофрения с навязчивостями, с астено-ипохондрическими проявлениями (психическая слабость с болезненной фиксацией на состоянии здоровья), параноийяльная шизофрения (стойкий систематизированный бред преследования, ревности, изобретательства и т.д.), галлюцинаторно-параноидная, простая, гебефреническая, кататоническая. При шизофрении выражено нарушение восприятия, мышления, эмоционально-волевой сферы.

У больных шизофренией отмечается снижение, притупление эмоциональности, состояние апатии (безразличие ко всем явлениям жизни). Больной становится безразличным к членам семьи, теряет интерес к окружающему, утрачивает дифференцированность эмоциональных реакций, у него появляется неадекватность в переживаниях. Имеет место нарушение волевых процессов: снижение волевого усилия от незначительного до резко выраженного, болезненного безволия (**абулия**). Нарастание способности к волевому усилию свидетельствует о реабилитации больного. Около 60% процентов больных нетрудоспособны.

Особенности мышления при шизофрении

Расстройства мышления при шизофрении описаны клиницистами-психиатрами и психологами. Для мышления больных шизофренией характерно то, что нарушение на уровне понятий не исключает относительной сохранности формально-логических связей. Происходит не распад понятий, а **искажение** процесса обобщения, когда у больных возникает множество случайных, ненаправленных ассоциаций, отражающих чрезвычайно общие связи.

Ю. Ф. Поляков у больных шизофренией отмечает нарушение актуализации сведений из прошлого опыта. По данным эксперимента, в сравнении со здоровыми больные лучше опознают те стимулы, которые являются менее ожидаемыми, и хуже – стимулы, более ожидаемые. В результате отмечается расплывчатость, причудливость мышления больных, что приводит к нарушению психической деятельности при шизофрении.

Эти больные не выделяют значимых существенных связей между предметами и явлениями, однако не оперируют, как олигофрены, второстепенными конкретно-ситуационными признаками, а актуализируют чрезмерно-общие, не отражающие реальной действительности, часто слабые, случайные, формальные признаки.

При проведении методик "исключение предметов", "классификация предметов" больные часто производят обобщение на основе личного вкуса, случайных признаков, предлагая несколько вариантов решения, при этом не отдавая предпочтения ни одному из них. В данном случае можно говорить о **разноплановости** мышления, когда суждение о каком-то явлении протекает в разных плоскостях.

Начальная стадия нарушений мышления раньше, чем в других методиках, выявляется в пиктограммах. Здесь обнаруживаются расстройства аналитико-синтетической деятельности (соотнесение абстрактно-смысловых и предметно-конкретных компонентов). Больные могут выбирать образ, неадекватный содержанию понятия, могут предлагать пустой, выхолощенный, бессодержательный набор предметов, псевдоабстрактные образы, сами по себе лишенные содержания, или часть, фрагмент какой-то ситуации и т.д.

При ассоциативном эксперименте отмечаются ассоциации атактические, эхололические, отказные, по созвучию.

Искажение процесса обобщения происходит в сочетании с нарушениями последовательности и критичности мышления. Например, разглядывая рисунки Х. Бидструпа, больные не понимают юмора, юмор переносится на другие, неадекватные объекты.

При проведении многих методик у больных отмечается **резонерство**. Резонерство при шизофрении отличается выхолощенностью ассоциаций, потерей целенаправленности, соскальзываниями, претенциозно-оценочной позицией, склонностью к большим обобщениям по поводу относительно незначительных объектов суждения.

Соскальзывание проявляется в том, что больные, адекватно рассуждая, вдруг сбиваются с правильного хода мыслей на ложную ассоциацию, затем опять могут рассуждать последовательно, не исправляя ошибок. Непоследовательность суждений **не зависит** от истощаемости, сложности заданий.

Таким образом, при шизофрении могут выявляться нарушения внимания и нарушения памяти. Однако при отсутствии органических изменений головного мозга эти нарушения являются следствиями нарушений мышления. Поэтому основное внимание психолог должен уделять исследованию мышления.

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ

Маниакально-депрессивный психоз – это заболевание, протекающее в форме депрессивных и маниакальных фаз, разделенных **интермиссиями**, то есть состояниями с полным исчезновением психических расстройств. Заболевание не приводит к изменениям личности и дефектам в интеллектуальной и эмоционально-волевой сфере, несмотря на многократные рецидивы.

Больные МДП составляют 3-5% всех госпитализируемых в психиатрические клиники. Женщины заболевают примерно в 2 раза чаще, чем мужчины. В стационар попадают больные только с выраженными формами (**циклофрения**). Возможны мягкие, ослабленные формы МДП (**циклотимия**).

За последние десять лет отмечается значительный рост стертых, латентных, ларбированных депрессий, где на первое место выступают соматические жалобы, утомляемость, болевые синдромы, бессонница ночью, сонливость днем (соматизированная депрессия). У подростков значительно чаще классических вариантов наблюдаются депрессии в форме психопатических эквивалентов с асоциальным поведением. В подобных случаях психологическое исследование может оказаться единственным методом, выявляющим депрессию.

Характеристика проявлений МДП

Заболевание протекает в форме отдельно возникающих или сдвоенных фаз – **маниакальной** и **депрессивной**. Депрессивные фазы встречаются в несколько раз чаще. Выраженность расстройств колеблется от гипомании и циклотимической депрессии до тяжелых и сложных маниакальных и депрессивных синдромов. Продолжительность отдельных фаз колеблется от нескольких дней и недель до нескольких лет. В среднем фазы длятся от 2-3 до 5-6 месяцев, нередко в течение жизни возникает от 1 до 3 манифестных фазы. Болезнь может начинаться как независимо, так и в связи с экзогенией, психогенией, родами, чаще начинается в одно и то же время года (весной, осенью).

Депрессивная фаза характеризуется следующими симптомами:

1) подавленным настроением (депрессивный аффект);
2) заторможенностью мыслительных процессов (интеллекту-альное торможение);
3) психомоторным и речевым торможением.

Для **маниакальной фазы**, в свою очередь, характерны следующие симптомы:

1) повышенное настроение (маниакальный аффект);
2) ускоренное протекание мыслительных процессов (интеллектуальное возбуждение);
3) психомоторное и речевое возбуждение.

Специфика течения болезни у детей, подростков и юношей

Проявления МДП возможны как в детском, так в подростковом и юношеском возрасте. Для каждого возраста характерны свои особенности.

Детский возраст. До 10 лет при депрессивных состояниях наблюдаются вялость, медлительность, малоразговорчивость. Дети не радуются игрушкам, книгам. Они пассивны, растерянны, выглядят усталыми и нездоровыми. Жалуются на слабость, боли в животе, голове, ногах. У них снижается успеваемость, затрудняется общение, нарушается аппетит и сон.

При маниакальных состояниях наблюдается легкость в появлении веселости и смеха, дерзость в общении, повышенная инициативность, отсутствие признаков усталости. Оживление детей доходит до неистовства, подвижность трудноуправляема.

Подростковый и юношеский возраст. Депрессивное состояние проявляется в заторможенности моторики и речи, снижении инициативы, в пассивности, утрате живости реакций, чувстве тоски, скуки, апатии, тревоги. Имеет место умственное притупление, забывчивость, склонность к самокопанию, заостренная чувствительность к отношению со стороны ровесников, угрюмо-дисфорические реакции; возможны суицидные мысли, попытки.

Симптомы маниакального состояния: расторможенность, развязанность, дурашливость, нереалистичность стремлений и действий. В поисках развлечений подростки допускают разные выходки, доходящие до дебоша. Ночами часто не спят, пишут стихи, тексты пьес и романов, которые не заканчивают, переходят к новому увлечению. При этом не отмечается связи их деятельности с реальными событиями в их жизни.

Патопсихологическое исследование для больных с МДП большей частью проводится для выявления глубины депрессии. Для этого используются личностные опросники, например MMPI, тест Кетелла, шкалы Спилбергера, Тейлора, цветовой тест Люшера и др. Исследуют при МДП и динамику мышления. Для этого используют описанные выше тесты. В депрессивной фазе можно выявить выраженную замедленность темпа психической деятельности. В маниакальной фазе отмечается нецеленаправленность мышления, соскальзывание на путь случайных ассоциаций, “скачка идей”.

Возможно использование проективных методик: пиктограммы, несуществующее животное и др. Интерпретация этих тестов не входит в программу данного пособия. В случае затруднения в диагностике МДП и шизофрении необходимы исследования мышления. Отсутствие нарушения мышления по шизофреническому типу при наличии глубокой депрессии, замедленного темпа будет свидетельствовать о МДП.

ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия – это обычно хронически протекающее заболевание, характеризующееся наличием пароксизмальных расстройств, эпизодически возникающих расстройств в сознании, настроении. Заболевание в большинстве случаев приводит к постепенному изменению личности и своеобразному снижению интеллекта. На отдаленных этапах болезни могут возникать острые и затяжные психозы.

Этиология эпилептической болезни не установлена. Большинство исследователей считают, что в происхождении заболевания большое значение принадлежит наследственному фактору, кроме этого значительная роль в этиологии эпилепсии отводится экзогенным вредным факторам (внутриутробным и ранним постнатальным органическим повреждениям головного мозга, особенно токсико-аллергическим и травматическим).

Распространенность эпилепсии среди населения примерно 0,3-0,6%. Более половины людей заболевают в возрасте до 15 лет.

Один из характерных признаков эпилепсии – судорожный припадок. Обычно припадок начинается внезапно. Иногда за 1-2 дня до припадка появляются предвестники: плохое самочувствие, раздражительность, головная боль и т.д. Во время так называемого большого припадка больной теряет сознание, падает, у него начинаются тонические судороги (резкое напряжение мышц туловища и конечностей). Затем начинаются клонические судороги (сильные толчкообразные сокращения мышц конечностей, шеи, туловища). Длительность припадка – 3-4 минуты. После припадка появляется чувство вялости и сонливости. Во время припадка зрачки не реагируют на свет.

Перед судорожным припадком может иметь место аура. Аура по своим проявлениям разнообразна у разных больных. Однако у одного и того же больного она как правило носит стереотипный характер. По анализу содержания ауры психиатр косвенно может определить область мозга, в которой начинается разряд. Выделяют несколько типов ауры – сенсорную, вегетативную, моторную, психическую, речевую и сензитивную.

Частота припадков может быть разная: от ежедневных до одного-двух раз в год.

Помимо типичных судорожных припадков бывают атипичные, которые проявляются полным отсутствием судорожных компонентов:

- малые припадки характеризуются потерей сознания на несколько минут, при этом больной не падает;
- сумеречное состояние сознания – более или менее глубокое помрачение сознания, нарушение ориентировки, наличие бреда, галлюцинаций, иллюзий устрашающего характера;
- амбулаторный автоматизм – на фоне сумеречного состояния сознания больной может производить достаточно сложные упорядоченные действия. Сюда относится сомнамбулизм (лунатизм).

Характерные изменения личности при эпилепсии

Изменения личности по эпилептическому типу – это тугоподвижность, замедленность всех психических процессов, склонность к застреванию на деталях, обстоятельность мышления, невозможность отличить главное от второстепенного, дисфории (приступы расстройств настроения, чаще склонность к злобно-тоскливому).

Результатами болезни являются трудности с использованием нового опыта, слабость комбинаторных способностей, ухудшение воспроизведения прошлого опыта. Следует отметить полярность аффекта – сочетание аффективной вязкости и эксплозивности (взрывчатости). Больные долго помнят обиду, мстят за нее. Отмечается подчеркнутый до карикатурности педантизм в отношении одежды, порядка в доме и т.п. Существенной чертой эпилептиков является инфантилизм, выражающийся в незрелости суждений, свойственная некоторым больным неадекватная религиозность. Часто встречается утрированная до слащавости, до подобострастия любезность; сочетание повышенной чувствительности, ранимости с брутальностью, злобностью. Лицо этих больных малоподвижно, маловыразительно, мимические реакции бедны, больные скупы и сдержанны в жестах.

Во время патопсихологического исследования больных эпилепсией изучается мышление (динамика, операции), память, внимание, врабатываемость, переключения. Мышление у больных эпилепсией тугоподвижное, вязкое. Больные затрудняются выполнить любые пробы на переключение. Использование таблиц Шульте выявляет замедление темпа психической деятельности (брадикардия). Время отыскивания чисел на одной таблице увеличивается до 1,5-2,5 минут и более. При этом не отмечается истощаемости, если нет соматизации. Особенно выражены затруднения в работе с модифицированной таблицей Горбова. В методиках "исключения предметов", "классификация", "аналогии" больные затрудняются дифференцировать главные и второстепенные

признаки. Отмечается фиксация внимания на конкретных малосущественных деталях. В результате испытуемые затрудняются устанавливать сходство на основе родовой принадлежности. При описании рисунков, пересказе текстов, установлении последовательности событий по серии сюжетных картин отмечается чрезмерная детализация ассоциаций, обстоятельность суждений. В ассоциативном эксперименте отмечается увеличение латентного периода, частые эхолалические реакции, однообразное повторение названий одних и тех же предметов, инертность установки (например, когда больной отвечает, то только прилагательными). В результате оскудения словарного запаса больные образуют антонимы, прибавляя частицу "не". Особенно выражено затруднение при предъявлении абстрактных понятий. Часто речь больных изобилует уменьшительно-ласкательными суффиксами, замедлен темп речи. Резонерство при этом заболевании отличается патетичностью, поучительностью, переоценкой своего жизненного опыта, банальностью ассоциаций, шаблонами в мышлении. Больные часто включают себя в ситуации (например, при рисовании пиктограмм и т.д.), не понимают юмора (серия рисунков Х. Бидструпа), что свидетельствует об эгоцентризме, недостаточности осмысления переносного смысла, подтекста. У больных отмечается снижение памяти, кривая запоминания "10-ти слов" носит характер "плато". Снижение уровня обобщения пропорционально снижению памяти.

Литература

1. Банщиков В. М. и др. Методическое пособие к практическому курсу психиатрии на лечебном факультете медицинского института. – М., 1962.
2. Банщиков В. М., Короленко Ц. П., Давыдов И. В. Общая психопатология. – М., 1971.
3. Власова Т. А. О детях с отклонениями в развитии. – М., 1973.
4. Гиляровский В. А. Избранные труды. /Под ред. Г. К. Ушакова. – М., 1973.
5. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. – М., 1979.
6. Лейнг Р. Разделенное Я. - К., 1995.
7. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. – Л., 1985.
8. Лэнг Р. Д. Расколотое "Я". - СПб, 1995.
9. Михеев В. В., Невзорова Т. А. Нервные и психические болезни.– М., 1953.
10. Руководство по психиатрии: В 2 т. /Под ред. А. В. Снежневского. – М., 1983.
11. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста: В 3 т. – М., 1959-1965.
12. Фуллер Торри Э. Шизофрения: книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей. - СПб, 1996.

ОЛИГОФРЕНИЯ

В переводе с греческого, **олигофрения** означает "малоумие", или, другими словами, психическое недоразвитие. Для олигофрении характерно непрогрессирующее слабоумие.

По степени тяжести психического недоразвития различают три группы олигофрении:

1. **Идиотия** – наиболее глубокая степень. Характеризуется практически полным отсутствием речи (запас слов до 20) и глубоким слабоумием. Больные не понимают окружающих; тянут, что попадет им в рот; сидя в кровати, однообразно бессмысленно производят одни и те же движения туловищем.
2. **Имбецильность** – средняя степень. При имбецильности больные владеют речью, но обычно косноязычны, их запас слов невелик, могут приобретать простейшие знания и заниматься элементарным трудом. Часто вспыльчивы, могут быть агрессивны. Нередко у них повышено половое влечение.
3. **Дебильность** – легкая степень. При дебильности имеет место конкретный уровень мышления, затруднение абстрагирования, затруднение обучения. Больные недостаточно критичны в отношении своих возможностей. Выделяют три степени дебильности: легкую, умеренно выраженную и выраженную. Выраженность слабоумия прямо пропорциональна степени обучаемости, а также ослаблению памяти. В поведении больные могут быть легко возбудимы и повышенно внушаемы.

При этом заболевании отмечается недоразвитие моторики, восприятия, внимания, памяти, понятийного, абстрактного мышления. Больные затрудняются отвлечься от конктретных второстепенных деталей, выделить значимые признаки, смысловые связи. Они часто предлагают конкретно-ситуационное объединение предметов в группы. Сравнивая конкретные понятия, устанавливают отличия в основном по второстепенным признакам. Сходство определить затрудняются. Могут проводить сравнения, классификацию предметов по несоответствующим признакам, часто это вызвано несформированностью общих представлений о предметах и понятиях, ограниченностью словаря, скудостью общих сведений об окружающем.

В работе с пиктограммами затруднена общая символизация слова, поэтому больные делают рисунки только к конкретным понятиям. Нарушено понимание переносного смысла. Понимают условность распространенных метафор (при дебильности), пословицы в основном толкуют буквально. Затруднено понимание ситуационно-смыловых связей, подтекста в рассказах, причинно-следственных связей в сериях картин, объединенных общим сюжетом. Внимание характеризуется узким объемом, неустойчивостью, трудностями переключения. Отмечается преобладание механической памяти над смысловой, опосредованной.

Литература

1. Банщиков В. М. и др. Методическое пособие к практическому курсу психиатрии на лечебном факультете медицинского института. – М., 1962.
2. Банщиков В. М., Короленко Ц. П., Давыдов И. В. Общая психопатология. – М., 1971.
3. Власова Т. А. О детях с отклонениями в развитии. – М., 1973.
4. Вроно М. Ш. Шизофрения у детей и подростков. – М., 1971.
5. Гиляровский В. А. Избранные труды. /Под ред. Г. К. Ушакова. – М., 1973.
6. Исаев Д. Н. Психическое недоразвитие у детей. – Л., 1982.
7. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. – М., 1979.
8. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. – Л., 1985.
9. Михеев В. В., Невзорова Т. А. Нервные и психические болезни. – М., 1953.
10. Певзнер М. С. Дети-олигофрены. – М., 1959.
11. Руководство по психиатрии: В 2 т. /Под ред. А. В. Снежневского. – М., 1983.
12. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста: В 3 т. – М., 1959-1965.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

В работе патопсихолога часто необходимо провести диагностику между органическим заболеванием головного мозга и шизофренией. В данном случае следует тщательно исследовать внимание, память, мышление, признаки истощаемости.

В области органической психопатологии для исследования психической деятельности больных заболеваниями головного мозга сосудистой, атрофической и опухолевой этиологии (опухоли, травмы, некоторые виды сосудистой патологии головного мозга, болезнь Пика, болезнь Альцгеймера, старческое слабоумие и т.д.) требуются знания не только в области патопсихологии, но и в области нейропсихологии.

При заболеваниях головного мозга разного генеза отмечаются признаки повышенной истощаемости, снижения памяти, трудности в оперировании абстрактными понятиями, переносным смыслом, инертность мышления. Более точную информацию для дифференцирования двух органических заболеваний (например, болезнь Пика или болезнь Альцгеймера), установление очага поражения головного мозга получают при применении специальных тестов нейропсихологии.

В результате органических изменений в головном мозге отмечаются психопатоподобные нарушения личности, астенические расстройства. Возможно также снижение уровня интеллектуально-мнестических процессов. Психопатоподобные нарушения личности характеризуются сужением круга интересов, некоторой пассивностью, аффективной лабильностью, иногда, эксплозивностью, грубостью. Астенические расстройства выражаются в повышенной истощаемости, раздражительной слабости. Если отмечается интеллектуально-мнестическое снижение, то отмечается снижение критики, беспечность, эйфория, гневливость, слезливость.

Особенности патопсихологического исследования при органических заболеваниях

Патопсихологическое исследование памяти больных с этими видами патологии выявляет снижение объема непосредственного и опосредованного запоминания. Введение опосредования (пиктограмма) не способствует улучшению воспроизведения. Испытуемый фиксирован на массе второстепенных деталей рисунка, что затрудняет удержание в памяти стимульных слов. Трудности отвлечения от конкретных деталей, склонность к чрезмерной детализации ассоциаций приводят к невозможности выделения значимых признаков сходства и отличия в методиках "исключение предметов", "классификация предметов", "определение понятий", "сравнение понятий" и др. Сужение объема восприятия затрудняет установление причинно-следственных связей в сериях картин с единым сюжетом, понимание контекста. В результате признаков повышенной истощаемости, выявляемых в методиках "корректурная проба", "счет по Крепелину", "таблицы Шульте" и других, отмечается неравномерность уровня обобщения. Это свидетельствует о колебаниях умственной работоспособности.

Нарушения речи. Для получения более четкой картины органических изменений используют методы нейропсихологии: исследования речи больных, зрительного гносиза, конструктивного праксиса. Вот наиболее распространенные нарушения, выявляемые с помощью специальных методов:

1) **контаминации** – сплавление частей отдельных слов;
2) **персеверации** – застревание на отдельных словах;
3) **парафазии** – искажение слов или замена одного слова другим, часто сходным по звучанию, но далеким по значению;
4) **аграфия** – нарушение письма, проявляющееся как утрата способности писать буквы в словах при сохранном интеллекте, часто в результате недоразвития фонематического слуха;
5) **алалия** – нарушение речи при сохранном слухе;

6) **дизартрия** – нарушение произношения;

7) **афазии** – расстройство речи, состоящее в утрате способности пользоваться словами, фразами как средством выражения мысли;

8) **паралексии** – возникающие при чтении нарушения, идентичные парафазии.

1. Изучается устная, то есть разговорная речь: пересказ, повторения, автоматическая речь (числа, месяцы, стихи). При этом акцентируется внимание на желании говорить, на бедности или богатстве речи, на грамматическом строе, наличии парафазий, персевераций и т.д.
2. Анализ письменной речи: списывание, диктант, пересказ-изложение.
3. Понимание устной речи. Уделяют внимание пониманию слов, фраз, простых и сложных конструкций, заведомо нелепых фраз и инструкций.
4. Исследуют чтение – возможность чтения и понимания прочитанного.

Нарушения восприятия. Наиболее распространенной при поражении затылочно-теменных и затылочных отделов коры головного мозга является зрительная агнозия, реже – слуховая агнозия и тактильная агнозия. Разные виды агнозии появляются вследствие нарушения мыслительного синтеза отдельных элементов в целые группы. То есть испытуемый акцентирует внимание на отдельных "ярких", но второстепенных раздражителях, не выделяя существенных признаков.

Нарушения праксиса. У больных с поражениями нижнетеменной области головного мозга обнаруживаются апрактические расстройства, которые характеризуются затруднениями произвольных движений, потерей сформированных ранее навыков. При этом испытуемый может совершать отдельные элементарные действия, но нарушается их последовательность (временная и пространственная). Также возможны трудности реализации определенной программы действий вследствие нарушения связи между отделами головного мозга и зрительным анализатором.

Исследование навыков. Для исследования праксиса больным предлагаются пробы в том случае, если есть уверенность, что больной раньше владел утраченными навыками. Для проведения этой методики используется набор разных предметов, например, детский ботинок со шнурками (зашнуровать ботинок), скрепленные в одном месте 3 полоски ленты или веревки (заплести косу для женщин), стакан, бутылка, лейка, ключ с замком, коробка с пуговицами, кубики Кооса, куб Линка и т.д. Эти пробы в основном используются для больных старческого возраста, а также испытуемых с органическими поражениями головного мозга. Для исследования зрительно-моторной координации можно использовать электрокинограф. Исследуется точность движения обеих рук, умение больных координировать движение в заданном темпе, корригировать их под контролем зрения.

Церебральный атеросклероз

Выраженным нарушением при этом заболевании является повышенная истощаемость психических процессов. При этом выделяются два основных типа истощаемости:

1. **Гиперстенический тип** – чередование быстрого темпа (особенно вначале) со снижением, затем вновь увеличение темпа. Кривая запоминания десяти слов, кривая времени отыскивания чисел на таблицах Шульте носят ломанный, зигзагообразный характер. В других методиках в основном правильные решения чередуются с ошибочными, которые больной исправляет при указании на них психолога. Гиперстенический тип истощаемости характерен для начальной стадии заболевания.
2. **Гипостенический тип** – снижение темпа и качества выполнения задания с течением времени, а особенно к концу приема и при длительной интеллектуальной нагрузке. Гипостенический тип свидетельствует о прогредиентном течении. Отмечается нарушение речи в виде парафазий, персевераций, интерферирующего эффекта (наложение на основную деятельность побочно-отвлекающей деятельности, затрудняющей реализацию цели).

При прогрессировании заболевания выявляются нарушения памяти: сначала затрудняется воспроизведение, затем удержание и следообразование. Особенно выражены трудности запоминания искусственных звукосочетаний. Менее нарушена ассоциативная память. Можно отметить инертность психической деятельности. Исследования мышления выявляют неравномерность уровня обобщения. На фоне доступности всех мыслительных операций отмечаются решения на основе выделения второстепенных признаков отличия и сходства. Это вызвано повышенной истощаемостью.

При прогредиентности заболевания возможно появление так называемого атеросклеротического слабоумия: снижение уровня обобщения, выраженное снижение памяти, нарастание расстройств речи (амнестическая афазия, конфабуляции, фиксационная амнезия), снижение критичности мышления, особенно на фоне истощения.

Старческое (сенильное) слабоумие

Причина старческого слабоумия не ясна. Старческое слабоумие имеет несколько форм: ***простую***, ***конфабуляторную***, ***делириозную.*** Это заболевание возникает в результате прогредиентного атрофического процесса в головном мозге после 65 лет.

В поведении больного может отмечаться грубость, черствость, подозрительность, скупость, замкнутость, выраженный эгоцентризм. Отмечаются значительные расстройства памяти, как механической, так и смысловой. Кривая запоминания десяти слов носит характер "плато" (2-3 слова). Отмечается нарушение следообразования, воспроиз-ведения. Сначала нарушается память на текущие события, затем и на события прошлого. Выражены трудности сосредоточения внимания. Снижается уровень процессов обобщения и отвлечения. Речевые расстройства характеризуется снижением словарного запаса, многословием, расплывчатостью речи, персеверациями, аграфией, поверхностностью, утратой целенаправленности. Отмечаются афатические расстройства, агнозия, апраксия. При усилении болезненных симптомов круг интересов сужается до приема пищи, сна и отправления естественных потребностей.

Конфабуляторная форма болезни появляется в результате присоединения атеросклероза к атрофическому процессу, описанному выше. Отличается эйфорией, суетливостью, обилием конфабуляций.

Делириозная форма характеризуется помрачением сознания. Возникает в результате присоединения другого заболевания, усиливающего атрофический процесс.

Болезнь Альцгеймера

Это атипичная форма старческого слабоумия, так как заболевание начинается в более раннем возрасте (40-45 лет). Протекает более тяжело. При этом атрофический процесс поражает в большей степени отдельные области головного мозга (теменно-затылочные, височные, лобные отделы левого полушария). На первой стадии болезни Альцгеймера отмечаются расстройства внимания, интеллектуально-мнестическое снижение, а также нарушение письменной речи и чтения, гнозиса, праксиса. Во второй стадии прогрессирует слабоумие с афатическими, агностическими и апрактическими расстройствами. В третьей стадии наступает глубокий психический распад. Последовательность развития болезни такая же, как при старческом слабоумии, но распад психической деятельности более глубокий. Больные вследствие выраженных амнестических расстройств беспомощны, не способны обслуживать себя, могут совершать антисоциальные действия, поэтому нуждаются в постоянном уходе.

Болезнь Пика

В основе заболевания лежит атрофия отдельных участков головного мозга (лобные, височные или теменные). У этих больных выражены следующие изменения личности: снижение инициативы, пассивность, вялость, аспонтанность, аффективное огрубение, часто повышенный фон настроения, половая распущенность. Отмечается нарушение произвольной репродукции, инертность проактивного торможения (так называемый интерферирующий эффект), конфликтность в результате резкого снижения интеллектуально-мнестической деятельности. Также наблюдаются амнестические расстройства, афазии, аграфии, персеверации (слов, фраз, движений). Снижение памяти обычно вторично по отношению к вышеперечисленным расстройствам. У больных длительно сохраняется возможность написания автоматизированных энграмм и чтения (без понимания).

На начальной стадии заболевания сохраняется способность к фиксации, запечатлению. Больные воспроизводят 7-8 слов из 10-ти в сравнении с больными старческим слабоумием и болезнью Альц-геймера (2-3 слова). Редко отмечается Корсаковский синдром. Наблюдается быстрая прогредиентность слабоумия в сравнении с болезнью Альцгеймера. В конце заболевания отмечается безразличие ко всем явлениям жизни и распад речи.

Литература

1. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. – Ташкент, 1976.
2. Зейгарник Б. В. Патопсихология. - М., 1976.
3. Михеев В. В., Невзорова Т. А. Нервные и психические болезни. – М., 1953.
4. Руководство по психиатрии: В 2-х т. /Под ред. А. В. Снежневского. – М., 1983.

IV. Психопатии и акцентуации характера

АКЦЕНТУАЦИЯ ХАРАКТЕРА

По А. Е. Личко,

> "акцентуации характера – это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей, даже повышенной устойчивости к другим"[1].

Определение черты характера по Б. Г. Ананьеву:

> "Чертой характера является или становится лишь существенное отношение к обстоятельствам жизни и к собственным действиям. Принципиальность, жизнерадостность, честность, требовательность, строгость, чуткость, общительность и другие черты характера представляют собой определенные, укоренившиеся в личности отношения к окружающей действительности, обществу, труду, другим людям, самому себе"[2].

По степени выраженности Личко выделяет **явные** и **скрытые** акцентуации. Явная акцентуация – крайний вариант нормы. Черты характера при этой акцентуации достаточно выражены в течение всей жизни, не наступает декомпенсации при отсутствии психотравм. Скрытая акцентуация – обычный вариант нормы. Черты характера этого типа проявляются в основном при психотравмах, но не отмечается хронической дезадаптации.

ПСИХОПАТИЯ

Если акцентуация характера является крайним вариантом нормы, то психопатия – это патология характера. По П. Б. Ганнушкину,

> "психопатии – это аномалии характера, которые определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток, в течение жизни не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям и мешают приспособиться к окружающей среде"[3].

Чтобы более всесторонне определить психопатии, можно рассмотреть несколько определений этого понятия.

По выражению Балля,

> "Психопатические личности – постоянные обитатели области, пограничной между душевным здоровьем и душевными болезнями, как неудачные биологические вариа-

---

[1] Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера. -Л., 1983.
[2] Там же.
[3] Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера. -Л., 1983.

ции, как чрезмерно далеко зашедшие в сторону от определенного среднего уровня или нормального типа"[1].

Шнейдер: *"Психопатические личности – это такие ненормальные личности, от ненормальности которых страдают или они сами, или общество"*[2].

Крепелин о психопатических личностях говорит как об инфантильных (парциальный, неравномерный инфантилизм; чаще проявляется в области воли и чувств***):*** *"Впечатление чего-то недоразвитого, детского, например, повышенная внушаемость, склонность к преувеличению, чрезмерная фантазия у истериков, слабая воля у неустойчивых…"*.[3]

Критерии психопатии Ганнушкина-Кербикова

Патология характера (психопатия) всегда характеризуется тремя признаками (критерии Ганнушкина – Кебрикова):

1) тотальностью;
2) стабильностью;
3) дезадаптацией.

Отсутствие хотя бы одного критерия исключает психопатию.

Классификации психопатий

Существует несколько классификаций психопатий по различным признакам. Психопатии можно классифицировать **по степени тяжести**:

- тяжелая,
- выраженная,
- умеренная.

Можно разделять психопатии **по причине возникновения**:

1. ***Конституциональные*** (или истинные, генуинные, "ядерные"). В возникновении конституциональной психопатии решающий фактор принадлежит наследственности. К ним чаще относятсятакие типы психопатий: циклоидная, шизоидная, психастеническая, эпилептоидная.
2. ***Приобретенные*** (психопатическое, или патохарактеро-логическое развитие). При психопатическом развитии главное – неправильное воспитание, негативное влияние среды. В данном случае выявляются возбудимое, истероидное, неустойчивая психопатия.
3. ***Органические***. Последние развиваются вследствие действия на мозг пренатальных, натальных и ранних постнатальных (первые 2-3 года) патологических факторов (интоксикации, инфекции, черепно-мозговые травмы и т.д.). После органического поражения головного мозга чаще отмечаются возбудимая и неустойчивая психопатия.

Разные авторы предлагают разную типологию психопатий и акцентуаций характера. Например, так выглядит классификация, предложенная А. Е. Личко:

- ***гипертимный,***
- ***циклоидный,***
- ***лабильный,***
- ***астено-невротический,***
- ***сензитивный,***
- ***психастенический,***
- ***шизоидный,***
- ***эпилептоидный,***
- ***истероидный,***
- ***неустойчивый,***
- ***конформный***

Кроме отдельных типов психопатий Личко выделяет также смешанные, например: гипертимно-неустойчивый, сензитивно-психастенический и др.

---

[1] Там же.
[2] Там же.
[3] Там же.

Э. Г. Эйдемиллер предлагает свою классификацию, близкую к типологии Личко, в разработанном им методе аутоидентификации и идентификации по словесным характерологическим портретам.

Несколько отличная классификация акцентуаций черт характера ***(демонстративный, педантичный, застревающий)*** и акцентуаций черт темперамента (***гипертимная*** личность, ***дистимическая***, ***аффективно-лабильная***, ***аффективно-экзаль-тированная***, ***тревожная***), а также сочетания акцентуированных черт характера и темперамента (***экстравертированная*** и ***интровертированная*** личности) предложена К. Леонгардом.

Интересное описание разных типов характера предлагает Д. Дриль. Он исследует антисоциальное *поведение "нервных истериков, алкоголиков, эпилептиков",* а также анализирует некоторые болезни, уголовные дела, причины совершения преступлений и связь с особенностями характера. Кроме того, Дриль характеризует некоторые персонажи из художественной литературы (например, *тип Рудина, Обломова*). Дает общую характеристику *"оскуделых натур".*

Ф. Шольц описывает патологию детских характеров, формирование акцентуаций характера и психопатий в соответствии с разными типами воспитания, наследственности. Он использует простые названия для разных типов характера, как-то: ***капризный*** ребенок, ***боязливый***, ***спесивый*** (ненормальности в области чувств и ощущений), ***ветреный*** ребенок, ***любопытный*** и ***скрытный*** (ненормальности в области чувств и впечатлений), ***беспокойный***, ***жадный***, ***склонный к разрушению*** (ненормальности в области воли и действий). Предлагает методы коррекции, воспитания для детей с разными типами характера.

В. В. Пушков и Г. А. Харитонов рассматривают зависимость психопатических расстройств подростков от их возраста, пола, условий воспитания, наличия органических нарушений.

Для диагностики акцентуаций характера и психопатий используются следующие методики: ПДО (патохарактерологический диагностический опросник), метод идентификации Эйдемиллера, методика Леонгарда-Шмишека, MMPI.

Литература

1. Ганнушкин П. Б. Избранные труды./ Под ред. О. В. Кербикова. – М., 1962.
2. Дриль Д. Психофизические типы в их отношении с преступностью и их разновидности (нервные, истерики, эпилептики и оскуделые разных степеней). – М., 1895.
3. Леонгард К. Акцентуированные личности. – Киев, 1989.
4. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера. – Л., 1983.
5. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. – Л., 1985.
6. Личко А. Е., Иванов Н. Я. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. Методическое пособие. – М., 1995.
7. Патохарактерологические исследования у подростков. /Под ред. А. Е. Личко, Н. Я. Иванова. – Л., 1981.
8. Шольц Ф. Ненормальности детских характеров. – М., 1983.

V. Неврозы

Неврозы относятся к так называемой "малой психиатрии", которая изучает болезни вне психотического состояния. Эти болезни характеризуются не только малой интенсивностью, но и малой продолжительностью. Они подходят под определение "пограничные состояния". Понятие "пограничные состояния" включает донозологические невротические расстройства, клинически оформившиеся неврозоподобные реакции и состояния, психопатии, неврозоподобные и психопатоподобные нарушения при соматических заболеваниях и другие, протекающие на невротическом уровне.

В отличие от психопатии, при неврозах страдает лишь часть личности, сохраняется критическое отношение к болезни, определяющее воздействие принадлежит прижизненным средовым влияниям.

Понятие **"невроз"** было введено в медицину в 1776 г. Cullen. В свое время это было прогрессивным, так как позволило выделить из ряда соматических заболеваний психосоматические расстройства и связать их с нарушением нервной деятельности.

В настоящее время в понятие "невроз" вкладывается разное содержание. Различаются и представления о причинах возникновения неврозов.

Представления о причинах возникновения неврозов

Некоторые исследователи считают, что невротические феномены вызваны определенными патологическими механизмами чисто биологической природы (А. И. Струнов, Л. В. Кактурский). Axenfeld и Huchapd (1983): "Неврозы – это незнание, возведенное в степень нозологической группы"[1]. То есть при соответствующих достижениях техники, биологии, медицины можно будет найти морфологические субстраты, адекватные любому нарушению функции.

С точки зрения бихевиористов, реально существуют лишь отдельные невротические симптомы как результат неправильного научения (H. Y. Eysench, J. Wolpe, S. Rachman). Eysench: "Нет невроза, скрывающегося за симптомом, это просто сам симптом"[2].

Экзистенциалисты (R. May) вообще не считают неврозы болезнью: "Невроз – это форма отчужденного существования больного"[3].

Приверженцы гуманистический психологии (C. Rogers) говорят, что невроз – это неудовлетворенная потребность в самоактуализации.

Представители течения "Антипсихиатрия" утверждают, что неврозы – "нормальное поведение в ненормальном обществе"[4].

В. Н. Мясищев считает, что невроз имеет психогенную природу. Психогении характеризуются следующими чертами:

1. Связь с личностью больного, психотравмой; неспособность больного самостоятельно адекватно разрешить психотравмирующую ситуацию.
2. Возникновение и течение невроза более или менее связано с патогенной ситуацией и переживаниями личности: наблюдается определенное соответствие между изменениями психотравмирующей ситуации и динамикой состояния больного.
3. Клинические проявления по содержанию связаны с психотравмирующей ситуацией и переживаниями личности, с основными наиболее сильными и глубокими ее стремлениями, представляя собой аффективную реакцию, патологическую фиксацию тех или иных ее переживаний.
4. Отмечается высокая эффективность психотерапии в сравнении с медикаментозным лечением.

Таким образом, невроз – это ***"психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особо зна-***

[1] Карвасарский Б. Д. Неврозы. – М., 1990.
[2] Там же.
[3] Карвасарский Б. Д. Неврозы. – М., 1990.
[4] Там же.

чимых жизненных отношений человека и проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психопатологических явлений"[1].

Для невроза, по Мясищеву, характерны следующие особенности:

1) обратимость патологических нарушений независимо от длительности;

2) психогенная природа;

3) специфичность клинических проявлений, состоящих в доминировании эмоционально-аффективных и сомато-вегетативных расстройств.

Следует дифференцировать понятия "психогения" и "невроз". Понятие "психогении" шире понятия неврозов; кроме неврозов оно включает в себя реактивные состояния, психогенные и ситуативные реакции.

По данным Б. Д. Петракова и Л. Б. Петраковой, уровни распространения и темпы "накопления" больных неврозами (и другими психогениями) в большинстве стран мира высоки и продолжают расти. Некоторые авторы, в том числе и известный психиатр H. Hagner (1985), полагают, что нынешнее поколение страдает психическими заболеваниями не чаще, чем предыдущее, но некоторые исследователи считают, что количество неврозов увеличивается в связи с техническим развитием общества.

Классификации неврозов

Существует множество классификационных делений неврозов. Это результат отсутствия единого взгляда на этиологию и патогенез. В основе классификаций лежат разные признаки:

- этиологический: вина, фрустрация, агрессия и др.
- информационный: (недостаток или избыток информации);
- ситуационный и реактивный;
- конституционный и реактивный по генетическому фактору;
- по принципу убывания роли факторов среды и возрастания роли факторов личности;
- по признакам профессии – неврозы руководящих кадров, неврозы актеров и т.д.;
- по событиям в жизни общества – военный, окопный и т.д.

В настоящее время большинство отечественных авторов выделяют три классические формы неврозов: неврастению, истерию и невроз навязчивых состояний (Г. К. Ушаков, А. А. Портнов, Д. Д. Федотов, Б. Д. Карвасарский, Ю. Я. Тупицын, Н. К. Липгарт, В. Ф. Матвеев, М. Г. Арапетянц, А. М. Вейн, Ф. И. Случевский).

НЕВРАСТЕНИЯ

Неврастения – буквально "слабость нервов" (греч. asthenos – "слабый").

И. П. Павлов и А. Г. Иванов-Смоленский выделяют три стадии заболевания:

1. В начальной стадии нарушено активное торможение, что проявляется преимущественно в виде раздражительности и возбудимости.

2. В промежуточной стадии имеет место лабильность возбудительных процессов с преобладанием раздражительной слабости.

3. В заключительной стадии развивается охранительное торможение, преобладает истощаемость, слабость, вялость, апатия, повышенная сонливость, пониженное настроение.

А. Кемпински говорит, что появившаяся слабость носит характер постоянного чувства усталости. Больной чувствует себя как после тяжелой физической работы или после тяжелого заболевания, жалуется на мышечные боли, особенно в поясничной области (повышенное напряжение этих мышц), на сердцебиения, боли в животе, расстройства половой сферы (преждевременная эякуляция, импотенция у мужчин, аноргазмия у женщин).

Головные боли проявляются в виде сжимающего обруча (неврастенический шлем), ощущается чувство давления внутри головы (“*вата в голове”*), сумбур в голове (“*вода переливается, треск”*).

Отмечаются трудности концентрации внимания и запоминания – эти нарушения являются проявлением психической усталости. С утра характерно чувство усталости, к вечеру – оживление. Больные плохо засыпают, видят кошмарные, поверхностные сны. Испытывают раздражительность, злобу, чувство исчерпанности, “вулканические” извержения гнева.

Неврастенией чаще страдают руководящие работники (так называемый *директорский* невроз). Они не могут справляться со своими обязанностями, находятся в постоянном напряжении, вспыльчивы, дают противоречивые указания. Их раздражает все и вся.

[1] Там же.

Для неврастении характерны спешка и скука. Больной хочет *"оказаться в другом мире"*, оставить в прошлом действительность, бежать от нее или разрушить. Неврастеник борется с актуальным временем, с актуальной ситуацией.

Спешка и скука причисляются к чертам современной цивилизации, поэтому неврастению можно рассматривать как "неврастенизирование" общества технического прогресса. С. В. Цуладзе, опираясь на психологию отношений, описанную В. Н. Мясищевым, считает, что при неврастении нарушаются отношения "Я" к предметам и лицам.

ИСТЕРИЯ

Истерия – от греч. hystera – "матка". Во времена Платона считали, что эта болезнь связана с хождением матки по телу женщины. Затем были обнаружены те же симптомы и у мужчин, но значительно чаще истерия встречается у женщин.

Бабинский называл истерию *"великой симулянткой",* так как при истерии проявляются симптомы, характерные для разных заболеваний: головная боль сильнее, чем при опухолях мозга, сердцебиения, эмоциональная возбудимость, характерные для сердечной недостаточности, припадки (истерическая дуга), напоминающие эпилепсию.

В основе заболевания лежат психогении – факторы эмоцио-нального характера (эмоциональное состояние больного, его травмы, конфликты).

Факторы эмоционального характера, действующие на физическое самочувствие, называются **конверсией** (conversia – "обращая", "направляя"). В симптомах истерической конверсии есть черты экстраверсии, направленные во внешнюю среду.

Симптомы истерии проявляются в **двигательных, сенсорных** и **психических** нарушениях:

- ***Двигательные симптомы*** – гиперкинезы (размашистые движения различного рода: писчий спазм, особенно у учителей, вздрагивания, истерическая дрожь, тики, навязчивые движения); функциональные параличи.
- ***Сенсорные симптомы*** – снижение данной функции перцепции (отсутствие болевой реакции, истерическая слепота и глухота) или ее повышение (гиперстезии, непроходящая боль, зрительная или слуховая гиперчувствительность). Возможно отсутствие осязания, перчаточная или чулочная гипер-чувствительность, спастическое зажмуривание век, аноргазм, глухота, потеря вкуса, головная боль (*"болевой гвоздь"*), истерическая беременность, потеря голоса.
- ***Психические симптомы*** – состояние огромного возбуждения или апатии, отличная память (гипермнезия) или ее утрата (амнезия). Наблюдаются экстазы, исступленность, припадки, истерическое окаменение (ступор), сумеречное состояние (неудержимое стремление к бегству, перевоплощение в животное и т.д.).

Следует отличать истерический невроз от истерической психопатии. Для последней личностные отношения более выражены, приводят к значительному "снижению в социально-этическом плане". Истерические черты характера проявляются с детства и часто усугубляются вследствие неправильного воспитания, при этом проявляются в разных ситуациях, не имея четкой связи с психотравмой.

НЕВРОЗ НАВЯЗЧИВЫХ СОСТОЯНИЙ

Невроз навязчивых состояний – ананкастический невроз (ananke – "необходимость", "фатум"). Особенностью невроза навязчивых состояний является принуждение. Чем большее оказывается сопротивление этому принуждению, тем сильнее проявляются симптомы. Волевое усилие или остается без ответа, или усиливает симптоматику (например, беспокойство, закрыл ли двери, "застревает" в голове). У больного наблюдается стремление к порядку. Нарушение порядка, ритуалов вызывает беспокойство, а ритуал защищает от страха, снижает тревогу. Отмечается тенденция к выполнению общественных норм – в противном случае возникает чувство вины. Для снижения страха больной использует талисманы, магические заклятия и т.д.

При неврозе навязчивых состояний отмечаются навязчивые мысли, действия, страхи (фобии).

- ***Навязчивые мысли*** могут не носить эмоциональной окраски (пересчитывание чисел, повторение услышанного). Например, у матери – мысль убить ребенка, у верующего – богохульство, секс. Навязчивые мысли могут носить экзистенциальный характер: хорошо ли я сделал, правильно ли провел консультацию, кто я, зачем я живу? Возможны ***дереализация*** (чувство измененности, нереальности окружающего) и ***деперсонализация*** (нарушение самосознания, чувство изменения своего "Я").

- ***Навязчивые действия*** – стереотипные движения вопреки воле и разуму. Например, мытье рук, ритуалы одевания и раздевания, определенное количество повторений действий и т.д. Цель навязчивого действия – отстранение зла. Больные понимают, что действия выглядят нелепо, смешно, но отказаться от их выполнения не могут (стремление обойти уличный фонарь с определенной стороны, встряхивание головой, ногой).
- ***Навязчивые страхи (фобии):***

– ***клаустрофобия*** **–** боязнь закрытых пространств;
– ***агорафобия*** **–** страх перед открытыми пространствами;
– ***эрейтофобия*** **–** страх покраснеть в присутствии посторонних.

Возможен страх перед биологической или психологической смертью, перед загрязнением, страх острых предметов и др. В возникновении этих страхов могут быть разные психологические предпосылки: сексуальная неудовлетворенность в супружестве, скрытая агрессивность, аморальное поведение.

Литература

1. Асатиани М. Н. Психотерапия невроза навязчивых состояний. Руководство по психиатрии. /Под ред. В. Е. Рожнова. – Ташкент, 1985.
2. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. – М., 1989.
3. Васильченко Г. С. Частная сексопатология: В 2 т. – М., 1983.
4. Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях. //Сб. научн. трудов Института им. В. М. Бехтерева. – Л., 1985. – Т. 121.
5. Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков. – Л., 1988.
6. Кайдановская Е. В. Групповая психотерапия при неврозах. //Сб. научн. трудов Института им. В. М. Бехтерева. – Л., 1982. – Т. 100.
7. Карвасарский Б. Д. Неврозы. – М., 1990.
8. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. – М., 1985.
9. Кемпински А. Психопатология неврозов. – Варшава, 1975.
10. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. – М., 1979.
11. Козлов В. П. Профилактика и психотерапия фобических состояний у детей. //Проблемы профилактики нервных и психических расстройств. /Под ред. В. К. Мягер. – М., 1988.
12. Кратохвил С. Групповая психотерапия. – Прага, 1978.
13. Ледер С. Этические аспекты в психотерапии. //Транскультуральные исследования в психотерапии. / Под ред. С. В. Кабанова. – Л., 1989.
14. Либих С. С. Коллективная психотерапия неврозов. – Л., 1974.
15. Липгарт Н. К. Навязчивые состояния при неврозах. – Киев, 1978.
16. Мастерс и Джонсон о любви и сексе.: В 2 ч. (Мастерс У., Джонсон В., Колодны Р.) – СПб., 1991.
17. Мягер В. К. Диэнцефальные нарушения и неврозы. – Л., 1976.
18. Неврозы и пограничные состояния /Под ред. В. Н. Мясищева, Б. Д. Карвасарского, А. Е. Личко. – Л., 1972.
19. Свядощ А. М. Неврозы. – М., 1982.
20. Семке В. Я. Истерические состояния. – М., 1988.
21. Слуцкий А. С. Групповая эмоционально-стрессовая психотерапия в клинике пограничных состояний. – М., 1984.
22. Спиваковская А. С. Профилактика детских неврозов. – М., 1988.
23. Эберлейн Г. Страхи здоровых детей. – М., 1981.
24. Яковлева Е. К. Патогенез и терапия невроза навязчивых состояний. – Л., 1959.
25. Яковлева Е. Н., Зачепицкий Р. А. Роль неправильного воспитания в патогенезе неврозов. – Л., 1960.
26. Якубик А. Истерия. – М., 1982.

VI. Психосоматические реакции и заболевания

"Учение тесной взаимосвязи самочувствия с психическим состоянием (тела и души) проходит красной нитью через всю историю медицины" (Э. Берн)[1]. Еще Гиппократ говорил о том, что лечить нужно больного, а не болезнь. То есть необходим целостный подход к обследованию и лечению больного.

Психосоматические заболевания – это физические заболевания или нарушения, причиной возникновения которых является аффективное напряжение (конфликты, недовольство, душевные страдания и др.). Психосоматические реакции могут возникать не только в ответ на психические эмоциональные воздействия, но и на прямое действие раздражителей (например, вид лимона). Представления, воображение также могут оказывать влияние на соматическое состояние человека.

ПСИХОГЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ

Нарушения, возникающие в организме под влиянием психических факторов, называют **психогенными**.

Психогенные факторы могут вызывать следующие физиологические нарушения в разных органах и системах организма:

а) в сердечно-сосудистой системе – учащение сердцебиения, изменение кровяного давления;
б) в системе дыхания – его задержку, замедление или учащение;
в) в пищеварительном тракте – рвоту, поносы, запоры, повышенное слюноотделение, сухость во рту;
г) в сексуальной сфере – усиленную эрекцию, слабость эрекции, набухание клитора и секрецию генитальной области, аноргазм;
д) в мышцах – реакции непроизвольного характера: мышечное напряжение, дрожание;
е) в вегетативной системе – потливость, гиперемию и т.д.

ПСИХОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Существуют психические психогенные заболевания:

- реактивные психозы;
- неврозы;
- патохарактерологические формирования личности;
- психосоматические заболевания.

К психосоматическим заболеваниям относится нервная анорексия - одно из самых тяжелых заболеваний в психиатрии, иногда приводящее к летальному исходу.

Психогенный компонент играет большую роль во многих органических заболеваниях: гипертонической болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, при инфаркте миокарда, мигрени, бронхиальной астме, язвенном колите, нейродермите и т.д.

В начале века клиницист Усов писал о важнейшем значении психогений при возникновении желудочно-кишечных заболеваний. Связь психического состояния с физическим рассматривал в своих работах В. А. Гиляровский.

Быстрое распространение и развитие психосоматическая медицина получила в начале XX века с появлением работ по психоанализу З. Фрейда и его последователей. В это время зарегистрированы миллионы случа-

[1] Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. – СПб., 1991.

ев "функциональных" пациентов, соматические жалобы которых не подтверждались объективными исследованиями, а лечение ортодоксальными медикаментозными средствами было неэффективно. Необходима была коррекция аффективных состояний, нарушенных интерперсональных отношений больных, то есть психотерапия, психологическое консультирование.

До сих пор отношение к психосоматическим заболеваниям, их происхождению и лечению неоднозначно. Представители психо-анализа игнорируют органную патологию, акцентируя внимание на интроспекции, толковании ощущений пациента, исходя из психотравм детского возраста.

А. И. Введенский и И. П. Павлов считают, что чрезмерные по силе и длительности раздражители изменяют функциональное состояние ЦНС и периферической нервной системы. При этом нарушается условно-рефлекторная деятельность, утрачивается дифференцировка условных рефлексов. В острой форме возможен срыв в сторону возбуждения или торможения.

В то же время многие исследователи настаивают на комплексном подходе к происхождению и лечению этих заболеваний: групповая и индивидуальная психотерапия, трудотерапия, а также фармаколо-гическое лечение.

Связь функциональных соматических нарушений с чувством подавленности, тревоги, тоски, то есть депрессивными и субдепрессивными состояниями, находят авторы В. Д. Тополянский, М. В. Струковская.

Таким образом, нельзя говорить отдельно о психическом и соматическом в медицине:

> "Не может быть психической медицины, касающейся только психики, соматический медицины, касающейся только тела, и психосоматической медицины, касающейся в некоторых случаях того и другого. Есть лишь один вид медицины, и вся она психосоматическая" (Э.Берн)[1].

Литература

1. Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. – СПб., 1991.
2. Деонтология и психосоматика. //Психогигиена и психопрофилактика. /Под ред. В. К. Мягер. – Л., 1983.
3. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. – Прага, 1983.
4. Лебединский М. С., Мясищев В. Н. Введение в медицинскую психологию. – Л., 1966.
5. Лисицын Ю. П. Кризисные явления в здравоохранении и теориях медицины капиталистических стран. – М., 1964.
6. Психосоматические и соматопсихические расстройства детей. – Л., 1990.
7. Психосоматическое развитие и норма реакции. /Под ред. Ушакова. – М., 1975.
8. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. – М., 1986.

[1] Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. – СПб., 1991.

Литература ко всему курсу

1. Альманах психологических тестов. - М., 1995
2. Асатиани М. Н. Психотерапия невроза навязчивых состояний. Руководство по психиатрии. /Под ред. В. Е. Рожнова. – Ташкент, 1985.
3. Атлас для экспериментального исследования в психической деятельности человека. /Под ред. И. А. Полищука, А. Е. Видренко. – Киев, 1980.
4. Банщиков В. М., Гуськов В. С., Мягков И. Ф. Медицинская психология. – М., 1967.
5. Банщиков В. М. и др. Методическое пособие к практическому курсу психиатрии на лечебном факультете медицинского института. – М., 1962.
6. Банщиков В. М., Короленко Ц. П., Давыдов И. В. Общая психопатология. – М., 1971.
7. Бараш Б. А. Психотерапия и психопрофилактика невротических расстройств у студентов музыкального вуза: Дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1985.
8. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. В. Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психогигиене. – М., 1976.
9. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности. - М., 1994.
10. Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. – СПб, 1991.
11. Бжалава И. Т. Восприятие и установка. – Тбилиси, 1965.
12. Биренбаум Г. В. К вопросу об образовании переносных и условных значений слова при патологических изменениях мышления. //Новое в учении об апраксии, агнозии, афазии. – М., 1984.
13. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. – Ташкент, 1976.
14. Блейхер В. М. Экспериментально-психологическое исследование психически больных. – Ташкент, 1971.
15. Блейхер В. М., Бурлачук Л. Ф. О некоторых теоретических концепциях проективных методов исследования личности в зарубежной психологии и патопсихологии. //Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1972. – № 5.
16. Блейхер В. М., Машек Ю. А. Опыт применения психометрических исследований памяти при церебральном атеросклерозе. //Невропатология и психиатрия. – 1974. – №2.
17. Бондарева Л. В. Нарушение взаимоотношений непосредственной и опосредованной памяти у больных эпилепсией. //Психологические исследования. – МГУ, 1971. – Вып. 3.
18. Бурлачук Л. Ф. Исследование личности в клинической психологии. – Киев, 1979.
19. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. – М., 1989.
20. Васильченко Г. С. Общая сексопатология. Руководство для врачей. – М., 1977.
21. Васильченко Г. С. Частная сексопатология: В 2-х т. – М., 1983.
22. Васильченко Г. С., Решетняк Ю. А. Любовь, брак, сексуальное партнерство. – М., 1977.
23. Вассерман Л.И., Горькавая И.Л., Ромицына Е.Е. Тест подростки о родителях. - М., 1995.
24. Власова Т. А. О детях с отклонениями в развитии. – М., 1973.
25. Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях. //Сб. научных трудов Института им. В. М. Бехтерева. – Л., 1988. – Т. 121.
26. Волкова Г. А. Особенности поведения детей с неврозами в конфликтных ситуациях. /Отв. ред. Е. С. Иванов. – Л., 1988.
27. Вроно М. Ш. Шизофрения у детей и подростков. – М., 1971.
28. Ганнушкин П. Б. Избранные труды. / Под ред. О. В. Кербикова. – М., 1962.
29. Гильяшева И. Н. О применении методики ТАТ в диагностике неврозов и шизофрении. //Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. – Л., 1972.
30. Гильяшева И.Н., Игнатьева Н.Д. Межличностные отношения ребенка. - М., 1994.
31. Гиляровский В. А. Избранные труды. / Под ред. Г. К. Ушакова. – М., 1973.
32. Гоштаус А. А. Применение личностного опросника в диагностике параноидной шизофрении. //Математические методы в психиатрии и неврологии. – Л., 1972.
33. Групповая психотерапия при неврозах и психозах. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. Л., 1975.
34. Деонтология и психосоматика. //Психогигиена и психопрофилактика. /Под ред. В. К. Мягер. – Л., 1983.

35. Докучаева М. А. Об исследовании методики счета по Крепелину в психиатрической больнице. //Психологические методы исследования в клинике. – 1976. – №2.
36. Дриль Д. Психофизические типы в их отношении с преступностью и их разновидности (нервные, истерики, эпилептики и оскуделые разных степеней). – М., 1895.
37. Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков. – Л., 1988.
38. Захаров А. И. Опыт групповой психотерапии при неврозах детского и подросткового возраста. – Л., 1986.
39. Захаров А. И. Особенности семейных отношений и семейной психотерапии при неврозах детского возраста: Автореф. канд. дис. – Л., 1976.
40. Захаров А. И. Психологические факторы формирования неврозов у детей: Автореф. докт. дис. – Л., 1991.
41. Зейгарник Б. В. Патология мышления. – М., 1962.
42. Зейгарник Б. В. Патопсихология. – М., 1976.
43. Изрина С. Н. Организация помощи и первичной профилактики в ситуациях кризиса (обзор зарубежной литературы). //Проблемы профилактики нервных и психических расстройств. / Под ред. В. К. Мягер. – Л., 1976.
44. Исаев Д. Н. Психическое недоразвитие у детей. – Л., 1982.
45. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. – Л., 1982.
46. Карвасарский Б. Д. Неврозы. – М., 1990.
47. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. – М., 1985.
48. Кемпински А. Психопатология неврозов. – Варшава, 1975.
49. Киршбаум Э. И., Еремеева А. И. Психические состояния. – Владивосток, 1990.
50. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. – М., 1979.
51. Козлов В. П. Профилактика и психотерапия фобических состояний у детей. //Проблемы профилактики нервных и психических расстройств. /Под ред. В. К. Мягер. – Л., 1976.
52. Козюля В.Г. Применение теста СМОЛ. - М., 1995
53. Комплексные исследования в суицидологии. //Сб. научн. трудов. – М., 1986.
54. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. – Прага, 1983.
55. Кононова М. П. Руководство по психологическому исследованию психически больных детей школьного возраста. – М., 1963.
56. Корнилов А. П. Нарушение целеобразования при шизофрении и эпилепсии.: Автореф. канд. дис. – М., 1980.
57. Костандов Э. А. Восприятие и эмоции. – М., 1977.
58. Кратохвил С. Групповая психотерапия. – Прага, 1978.
59. Кудрявцев Э. А. Судебно-психологическая экспертиза. – М., 1984.
60. Лебединский М. С., Мясищев В. Н. Введение в медицинскую психологию. – Л., 1966.
61. Левитов Н. Д. Фрустрация как один из видов психических состояний. //Вопр. психол. – 1967. – № 6.
62. Ледер С. Этические аспекты в психотерапии. //Транскультуральные исследования в психотерапии. / Под ред. С. В. Кабанова. – Л., 1989.
63. Лейнг Р. Разделенное Я. - К., 1995.
64. Леонгард К. Акцентуированные личности. – Киев, 1989.
65. Либих С. С. Коллективная психотерапия неврозов. – Л., 1973.
66. Липгарт Н. К. Навязчивые состояния при неврозах. – Киев, 1978.
67. Лисицин Ю. П. Кризисные явления в здравоохранении и теориях медицины капиталистических стран. – М., 1964.
68. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. – Л., 1985.
69. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера. – Л., 1983.
70. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Диагностика характера подростка. - М., 1995.
71. Логинова С. В., Рубинштейн С. Я. О применении метода "пиктограмм" для экспериментального исследования мышления психических больных. – М., 1972.
72. Лэнг Р. Д. Расколотое "Я". - СПб, 1995.
73. Мастерс и Джонсон о любви и сексе. В 2 ч. (Мастерс У., Джонсон В., Колодны Р.) – СПб, 1991.
74. Мерлин В. С. Лекции по психологии мотивов человека. – Пермь, 1971.
75. Мерлин В. С. Проблемы экспериментальной психологии личности. – Пермь, 1970.
76. Михеев В. В., Невзорова Т. А. Нервные и психические болезни. – М., 1953.
77. Мучник Л. С., Смирнов В. М. Двойной тест для исследования кратковременной памяти. //Психологический эксперимент в неврологической и психиатрической клинике. /Под ред. И. М. Тонконогого. – Л., 1969.
78. Мясищев В. Н. Введение в медицинскую психологию.
79. Мясищев В. Н. Психология отношений. – Воронеж, 1995.
80. Мягер В. К. Диэнцефальные нарушения и неврозы. – Л., 1976.
81. Неврозы и пограничные состояния. /Под ред. В. Н. Мясищева, Б. Д. Карвасарского , А. Е. Личко – Л., 1972.

82. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков и опыт его практического применения. / Ред. А. Е. Личко, Н. Я. Иванова. – Л.: Изд. инст. им. В. М. Бехтерева, 1976.
83. Патохарактерологические исследования у подростков. /Под ред. А. Е. Личко, Н. Я. Иванова. – Л., 1981.
84. Певзнер М. С. Дети-олигофрены. – М., 1959.
85. Петренко Л. В. Нарушение высших форм памяти. – М., 1976.
86. Поляков Ю. Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. – М., 1974.
87. Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста.// Сб. научн. трудов под ред. М. Ш. Вроно. – М., 1986.
88. Психические расстройства в соматической клинике. //Сб. научн. трудов под ред. Б. А. Лебедева. – СПб., 1991.
89. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях. / Сб. научн. ст. под ред. Л. И. Вассермана, В. П. Зайцева. – Л., 1990.
90. Психология и психопрофилактика: Сборник научных трудов. /Под ред. В. К. Мягер, В. П. Козлова, Н. В. Семеновой-Тянь-Шанской. – Л., 1983.
91. Психология. Словарь. /Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – М., 1990.
92. Психосоматические и соматопсихические расстройства детей. – Л., 1990.
93. Психосоматическое развитие и норма реакции. /Под ред. Ушакова. – М., 1975.
94. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М., 1972.
95. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. – М., 1970.
96. Руководство по психиатрии: В 2-х т. /Под ред. А. В. Снежневского. – М., 1983.
97. Румянцев Г. Г. Опыт применения методов незаконченных предложений в психиатрической практике. //Исследование личности в клинике в экстремальных условиях. – Л., 1969.
98. Савенко Ю. С. Диагностическая значимость метода Роршаха. //Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. – Л., 1976.
99. Свядощ А. М. Неврозы. – М., 1982.
100. Селье Г. На уровне целого организма. – М., 1972.
101. Селье Г. Стресс без дистресса. – М., 1982.
102. Селье Г. Эволюция концепции стресса. – Новосибирск, 1976.
103. Семичов С. Б. Предболезненные психические расстройства. – Л., 1987.
104. Семичов С. Б. Теория кризисов и психопрофилактика. – Л., 1987.
105. Семке В. Я. Истерические состояния. – М., 1988.
106. Слуцкий А. С., Групповая эмоционально-стрессовая психотерапия в клинике пограничных состояний. – М., 1984.
107. Собчик Л. Н. Методы психологической диагностики: В 3-х выпусках. – М., 1990.
108. Собчик Л. Н. Пособие по применению психологической методики MMPI. – М., 1971.
109. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. Методическое руководство. – М., 1990.
110. Спиваковская А. С. Профилактика детских неврозов. – М., 1980.
111. Стресс и психическая патология. /Сб. научных трудов. – М., 1983.
112. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста: В 3 т. – М., 1959-1965.
113. Тарабарина Н. В. К экспериментально-психологическому исследованию состояния фрустрации при неврозах. //Вопросы диагностики психического развития. – Таллин, 1974.
114. Тепеницына Т. И. Анализ ошибок при исследовании внимания методом корректурной пробы. //Вопросы психологии. – 1959. – №5.
115. Тепеницына Т. И. О психологической структуре резонерства. //Вопросы экспериментальной патопсихологии. – М., 1965.
116. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. – М., 1986.
117. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. – М., 1987.
118. Фуллер Торри Э. Шизофрения: книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей. - СПб, 1996.
119. Шольц Ф. Ненормальности детских характеров. – М., 1983.
120. Эберлейн Г. Страхи здоровых детей. – М., 1981.
121. Яковлева Е. К. Патогенез и терапия невроза навязчивых состояний. – Л., 1959.
122. Яковлева Е. Н., Зачепицкий Р. А. Роль неправильного воспитания в патогенезе неврозов. – Л., 1960.
123. Якубик А. Истерия. – М., 1982.
124. LifeLine и другие новые методы психологии жизненного пути. /Под ред. А. Кроника. – М., 1993.